

TOPLUMCU TIP SEMİNERLERİ



AKİF AKALIN

TOPLUMCU TIP SEMİNERLERİ

AKİF AKALIN

ÇANAKKALE - 2026

Toplumcu Tıp Seminerleri

Akif Akalın

ISBN: 978 – 625 – 00 – 5791 – 9

Akif Akalın, İnternet Yayını, Mayıs 2026

Kapak: Şafak Metekoğlu

İÇİNDEKİLER

Önsöz	2
Hastalık Kavramının Evrimi	6
Koruyucu Hekimlikten Toplumcu Sağlığa Giden Yolda: Louis-René Villermé	22
Okuma 1 – Tembellik Hakkı	29
Okuma 2 – Fransa’da Çocuk Emeği	31
Çalışan Nüfusun Sağlık Durumu ve Bu Durumu İyileştirme Yolları Üzerine Rapor	33
Koruyucu Hekimlikten Toplumcu Sağlığa Giden Yolda: Friedrich Engels	41
Yukarı Silezya Tifüs Salgını Raporu	56
Çin Deneyimi: Yalınayak Doktorlar	76
Koruyucu Hekimlikten Toplumcu Sağlığa Giden Yolda: Norman Bethune	99
Okuma – 3: Norman Bethune’un Anısına	102
Salvador Allende Gossens	104
Nevzat Eren	118
Okuma – 4: 14 Mart’ın Düşündürdükleri	130
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Sağlığı Enstitüsü	135
Sovyetler Birliğinde İşçi Sağlığı	152

ÖNSÖZ

Bu kitap, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı tarafından 2011 – 2012 öğretim yılında düzenlenen “Toplumcu Tıp Seminerleri” notlarından oluşmaktadır. Katılımın “gönüllü” olduğu seminerler, Kış Bahçesi’nde ve fakülte amfilerinde, tıp fakültesi öğrencilerinin ve akademisyenlerin katılımıyla gerçekleştirilmiştir.



Seminerlere öğrencilerin yoğun ilgisi üzerine “Toplumcu Tıp”, 2012 – 2013 öğretim yılında seçmeli ders olarak müfredata alınmış ve 1. sınıf öğrencilerine tek yarı-yıllık, 1 kredilik ders olarak verilmiştir.

2

İLETİM
ŞUBAT 2013

ÜNİVERSİTE

'Toplumcu Tıp' müfredatta

Toplumcu Tıp dersi ülkemizde, ilk defa seçmeli ders olarak İÜ İstanbul Tıp Fakültesi'nde müfredata alındı.



Şahika ŞAHİN

Geçen yıl yapılan seminerlerde öğrencilerin talepleri doğrultusunda müfredata alınması istenen Toplumcu Tıp dersi bir dönemlik ve bir kredilik seçmeli ders olarak, İÜ İstanbul Tıp Fakültesi'nde okutul-

yük ölçüde geliştirmeye ve ölümleri de kısmen azalttığına dikkat çeken Prof. Dr. Solakoğlu, toplumcu tıp bakış açısı olan açlığın önlenmesi, yeterli besin bulunması, çalışma şartlarının iyileştirilmesi, barınma koşullarının düzeltilmesiyle ölümlerin büyük ölçüde azaldığını vurguladı.

toza veya başka bir maddeye maruz kalıyorsan, işyeri hekiminden önce işverene ya da bağlı olduğun sendikaya git. Yani işyeri koşullarını değiştirmek için mücadeleyi sen yap. Toplumcu tıp daha çok sağlık politikasıyla ilgileniyor. Bireysel boyuta inisi, kişinin kendi sağlık sorumluluğunu bir he-

SAĞLIK HİZMETLERİ BU ALANDAN RANT SAĞLAYANLARIN İSTEDİKLERİ GİBİ UYGULANIYOR

Toplumcu tıbbı, sağlık hizmetlerinin toplumun gereksinimlerine göre örgütlenmesi olarak tanımlayan dersin okutmanlarından Dr. Akif Akalın, günümüzde sağlık hizmetlerinin toplumun

kimyasal, biyolojik, psikososyal veya ergonomik tehlikelerin farkında olan bir hekim, hastalarını ve toplumu bu tehlikelere karşı bilinçlendirmeyi mesleki pratiğinin bir parçası haline getirir. Çalışma ve yaşam koşullarını iyileştirirsen insanları hem hastalıklardan koruyorsun hem de daha sağlıklı olmalarını sağlıyorsun."

<i>Tıpta İnsan Bilimleri I</i>	Hakan ERTİN	
<i>Tıpta İnsan Bilimleri II</i>	Hakan ERTİN	1
<i>Müzik Tarihine Yolculuk</i>	Ümit TÜRKOĞLU	1
<i>Toplumcu Tıp Bakış Açısıyla Vaka Tartışmaları</i>	Akif AKALIN	1
<i>Sosyal Sorumluluk Projesi I</i>	N.Sema GENÇ	1
<i>Sosyal Sorumluluk Projesi II</i>	N.Sema GENÇ	2
<i>Sosyal Sorumluluk Projesi III</i>	N.Sema GENÇ	3
<i>Sosyal Sorumluluk Projesi IV</i>	N.Sema GENÇ	4
<i>Sosyal Sorumluluk Projesi V</i>	N.Sema GENÇ	5
<i>Hekim ve Hasta Hak ve Yükümlülükleri</i>	Ayşe PALANDUZ	
<i>Müzik İle Farklı Kültürlere Yolculuk</i>	Ümit TÜRKOĞLU	
<i>Eleştirel Düşünmede Oldu Tartışmaları</i>	Zeynep SOLAKOĞLU	



Kamuoyunda yankı bulan Toplumcu Tıp dersi, çeşitli medya organlarında duyuruldu ve tartışıldı. Dr. Mustafa Sütlaş, “bianet” (Bağımsız İletişim Ağı) üzerinde yayınladığı bir makalesinde,

“Sevgili arkadaşım Prof. Dr. Zeynep Solakoğlu'nun başkanlığını sürdürdüğü İ.Ü. Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Tıp Eğitimi Anabilim Dalı "toplumcu tıp" adı altında seçmeli bir dersi, tıp eğitimi müfredatına koymayı başardı. Dr. Akif Akalın'ın koordinatörlüğünde sürdürülen bu dersin amacı, ‘tıbbın toplumun gereksinimlerine göre örgütlenme ilkeleri hakkında bilgi sahibi olmak’ olarak belirlenmiş”

diyordu.

**bianet**

SAĞLIK İÇİN MEDYA, MEDYA İÇİN SAĞLIK

geleceğin hekimlerine yeni ders: "toplumcu tıp"

"sağlıkçılar tıbbın toplumun gereksinimlerine göre şekillendirilmesini bilmeli!"

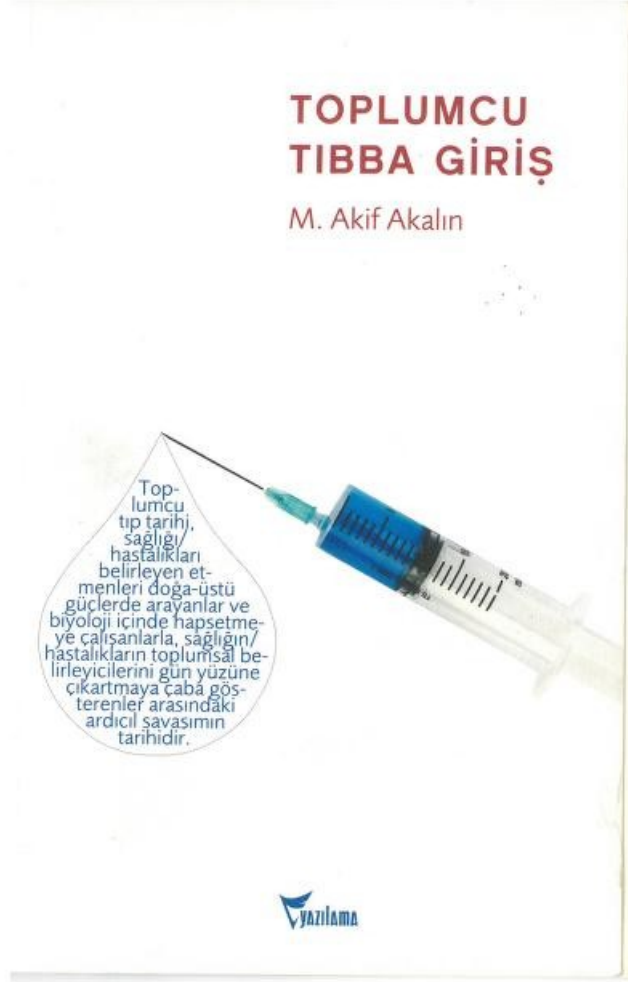
Mustafa Sütlaş



<https://bianet.org/yazi/gelecegin-hekimlerine-yeni-ders-toplumcu-tip-142102>

TOPLUMCU TIP SEMİNERLERİ

Toplumcu Tıp Seminerleri ve Toplumcu Tıp seçmeli ders notları 2013 yılında “Toplumcu Tıbbı Giriş: Toplumcu Tıp Ders Notları” başlığı ile Yazılama Yayınevi tarafından yayınlandı.



Seneca, “öğretirken öğreniriz” (docendo discimus) der. Bilgiyi başkasına aktarmanın, o bilgiyi pekiştirmenin ve daha derinlemesine anlamının en etkili yolunun öğretmek olduğunu bu süreçlerde deneyimlerimle gördüm. Gerçekten toplumcu tıp hakkındaki bilgilerimi bu süreçlere borçluyum. Seminer ve derslere katılarak bana “öğretmenlik” yapan öğrencilerime çok teşekkür ederim.

Akif Akalın
Çanakkale, Haziran 2016

HASTALIK KAVRAMININ EVRİMİ

İnsanın sağlığa/hastalığa ilişkin kavrayışı, ilkel toplumlardan günümüze büyük değişimler geçirerek evrimleşmiştir. Bu evrimleşme süreci, toplumların üretim tarzındaki değişimlerle paralellik içindedir. Köle emeği sömürüsüne dayalı toplumlarda hastalık *tanrısal bir ceza* olarak kavranırken, feodalizmin parçalanmaya başladığı dönemlerde mistisizm yerini *mekanik* yaklaşımlara bırakmış, sanayileşmeyle birlikte sağlığa ve hastalıklara *diyalektik ve tarihsel maddeci* yaklaşımlar öne çıkmaya başlamıştır.

Şüphesiz bu süreçleri doğrusal olarak değil, sarmallar halinde ilerleyen bir gelişim olarak görmek gerekir. Tıbbın yirmi-birinci yüzyılda kaçınılmaz olarak diyalektik ve tarihsel maddeci yöntemi benimsemesine ve bu yöntemin tıbbi pratiğe egemen olmasına karşın, kapitalist dünyada düşünsel planda mekanik yaklaşımların egemenliğini sürdürmesi, hatta siyasal gericiliğin yükseldiği ülkelerde/dönemlerde zaman zaman mistisizmin hortlaması şaşırtıcı değildir. Bu durumu, bir kliniğinde bilimsel tıp uygulanırken, diğer klinikte sülük veya hacamat “tedavisinin” uygulandığı hastanelerimizde bütün çıplaklığıyla görebilmek mümkündür.

İlkel komünal toplumda tıp bilgisi henüz somuttur ve daha sonraki aşamalarda göreceğimiz soyutlamalardan yoksundur. İnsanlar hastalık kavramını ilk olarak ilahi güçlerle açıklamışlar, zamanla sağlığı ve hastalıkları doğaüstü güçlerle açıklayan anlayış zayıflarken mekanik yaklaşım öne çıkmış ve on-dokuzuncu yüzyıldan itibaren gelişen diyalektik maddeci yaklaşım ile mekanik yaklaşım yan yana varlığını sürdürmüştür.

Günümüzde kapitalist ülkelerde mekanik bir sağlık/hastalık anlayışı oldukça yaygın iken, sosyalist ülkelerde diyalektik maddeci bir anlayış egemendir. Ancak kapitalist ülkelerde hastalığa diyalektik maddeci yöntemle yaklaşan çok sayıda sağlıkçının da bulunduğunu unutmamak gerekir.

TANRISAL BİR CEZA OLARAK HASTALIK

İnsan toplulukları sağlık bilgisi üretimi ve kullanımının herkes tarafından, herkes yararına ve herkes için olduğu ilkel sınıfsız toplumdan, tıbbın *egemen sınıfın* hizmetine girdiği sınıflı toplumlara doğru evrilirken, ilk durak şamani topluluklar olmuştur. Tarihsel süreçte insan topluluklarının tüketebildiklerinden fazlasını üretebilmeye başlamalarıyla birlikte, bu fazla ürüne el koyanlar topluma egemen olmuşlar ve diğerlerini köleleştirmişlerdir.

Her ne kadar egemenlerin egemenliklerinin en önemli kaynağı kaba zor olsa da, bunu yalnızca kaba güce dayanarak uzun süre sürdürebilmeleri kolay değildir. Neden kendilerinin “egemen” ve diğerlerinin “köle” olduğunu ve neden kölelerin bu duruma itiraz etmemesi gerektiği açıklayabilmeleri ve köleleri ikna ederek durumlarına razı olmalarını sağlamaları, iktidarlarını sürdürebilmeleri için kaba güç kadar önemlidir.

Egemenler, insanlar arasında zamanla yaygınlaşan boş inançları ve bilinmeyene karşı duyulan korkuyu örgütleyerek, kendi çıkarları için kullanmayı başarmışlardır. İnsanların tanrılara karşı korkularını kendi iktidarlarına dayanak yaparak, tanrının izni ve isteğiyle kral olduklarını, kendilerinin tanrıların yeryüzündeki temsilcileri olduğunu, dolayısıyla iktidarlarına karşı gelmenin, tanrılara karşı gelmek olacağını öne sürmüşlerdir. Günümüz insanına gülünç gelebilecek bu iddialara insanlık binlerce yıl samimiyetle inanmış ve dünyanın birçok ülkesinde krallar, yakın zamanlara kadar tanrı adına kral oldukları ve tanrıyı temsil ettikleri iddialarını sürdürmüşlerdir.

Hekimlik ve Din

Tarihte ilk hekimlere Mezopotamya'nın kölecî toplumlarında rastlanmaktadır. Beş bin yıl öncesine ait bir mührün Sümerli bir hekime ait olduğu belirtilmekte, hekimlikle ilgili ilk yazılı düzenlemeler dört bin yıl önce tabletlere kazınan Hammurabi Yasaları'nda yer almaktadır.

Kendilerini, kendi yarattıkları tanrıların yarattığına inanan eski Mezopotamya halkları, ilk insanın çamurdan yaratıldığına ve soluk üflenerek can verildiğine inanmışlardır. Daha sonra doğan her bebeğe özgü bir tanrı, soluğunu bebeğin ağzına üflemiş ve yaşamı boyunca onun özel (kişisel) tanrısı olmuştur.

İnsanın, tanrısı tarafından korunmayı ve gözetilmeyi hak edebilmesi için, tanrısına karşı görevlerini yerine getirmesi gerekir. Aksi halde tanrı korumasını kaldırır ve insan acımasız doğa karşısında savunmasız kalır. Daha da kötüsü, tanrının bir şeylere kızarak insanı cezalandırmasıdır. Dua etmeyen, kurban sunmayan, hırsızlık yapan ve başkasını öldüren insanlar tanrıları kızdırmakta ve bu suçları karşılığında hastalanarak cezalandırılmaktadırlar. Günümüzde insanların çaresiz sağlık sorunlarıyla karşılaştıklarında “tanrım ne suç işledim de bana bu cezayı verdin” şeklindeki isyanları, kökenlerini bu eski inanışlardan alıyor olmalıdır.

Bugün, yukarıda sıralanan hastalık nedenleriyle, dönemin toplumsal yapısı arasındaki ilişkiyi kolayca kurabiliyoruz. Dualar ve kurbanlar, tapınaklar ve tapınaklarda görevli rahip-hekimler için güvenli bir gelir kapısı oluştururken, insanlar egemenlerin istediği gibi “çalmadan” yaşamaya özendirilmektedir. Oysa tanrılar bir insanın, bir başkasını zorla (örneğin savaşta esir alarak) köleleştirmesine ve onu öldüresiye sömürmesine (emeğini çalmasına) kızmamakta ve bunu yapanları hasta etmemektedir.

Kuşkusuz Sümer çağında da sağlık sorunları, günümüzde olduğu gibi, insanların en önemli sorunları arasında ilk sıralarda yer almaktaydı. Hastalıkların etiyolojisini tanrısal bir ceza olarak anlayan ve açıklayan Sümer insanı, sağlığını korumak ve hastalandığında iyileşmek için de yine tanrılardan medet ummuştur. Bu amaçla tanrılar için inşa edilen tapınaklarda görevli din adamları da, insanlar ile tanrılar arasında aracılık işlevi üstlenmişlerdir.

Sağlık bilgisinin giderek belli ellerde toplanması ve bu alanda uzmanlaşmanın bir sonucu da, iyileştiriciliğin geçim sağlanan iyi bir meslek haline gelmesidir. Hammurabi Yasaları’nda hekimlere icraatları karşılığında yapılacak ödemeleri düzenleyen maddeler vardır. Mısır papirüsleri de, sağlığın ve tıbbın insanlığın bu dönemlerindeki durumuna ilişkin bilgiler sunmaktadır. İran’dan İsrail’e, Hindistan’dan Çin’e, dönemin bütün uygarlıklarında sağlığa yaklaşım dinseldir ve az çok birbirine benzer.

Bu süreçte hastalıkların tanrısal bir ceza olarak görülmesi ile hastalıklardan korunmak veya iyileşmek için tanrılara yakarılması ve kurbanlar verilmesi tam bir tutarlılık gösterirken, zaman içinde hastalıkların tanrılardan geldiğine inanılmaya devam edilmesine karşın, hastalıklardan

korunma ve hastalıkların tedavisi için *dünyevi* yöntemler kullanılmaya başlanması bir çelişki oluşturmaya başlamıştır.

Örneğin Yahudiler çok tanrılı dinlerini terk ederek, tek tanrıya inanmaya başlamalarına karşın, kutsal kitapları Tevrat'ta hastalıklar yine tanrının kullarına verdiği cezalar olarak tanımlanmaya devam etmektedir. Özellikle salgın hastalıkların, “yoldan çıkan” toplumları yola getirmek için gönderildiği belirtilmektedir.

Oysa bu dönemde Yahudiler, örneğin vebanın bulaşması ve yayılmasında farelerin rol oynadığını, bazı hastalıkların yiyeceklerle ilişkili olduğunu (domuz eti yemek yasaklanmıştır) ve hastalıklardan korunmada temizliğin önemini (sünnet) çoktan kavramışlar, hatta tarihteki ilk bulaşıcı hastalık ihbarı sistemini geliştirmişlerdir (bir difteri vakasıyla karşılaşıldığında, borazanlarla çevreye duyuruluyordu).

Mısırlı hekimler de hastalıkların tedavisinde büyüye çok az yer veriyor ya da büyüyü, *dünyevi* tedavilerle birlikte kullanıyorlardı. Hipokrat döneminden bin yıl kadar eski olan Ebers Papirüsü 875 reçeteden oluşmaktaydı ve bunlardan sadece 12'sinde büyüye yer verilmekteydi. Yani dünya aslında hastalıkların tanrıların gazabı olmadığını uzun yıllardır biliyor olmalıydı. Aksi halde neden Mısırlı hekimler daha o dönemlerde belirli hastalıklar ya da organlar üzerinde uzmanlaşmaya başlasınlar? Nasıl olsa hastalığın tedavisi tanrının gönlünü almaktan geçmeyecek miydi?

Hastalıkların etiolojisinde ilahi değil, dünyevi etkenlerin yer aldığını “söyleyebilmek” kolay değildi. Köleler üzerindeki egemenliklerini tanrılardan aldıkları güce dayandıran köle sahiplerinin otoriter yönetimleri buna asla izin veremezdi. Bu tür şeylerin konuşulabilmesi için demokratik ve laik bir iklime gereksinim vardı ve bu iklim tarihte ilk kez eski Yunanistan'da boy gösterdi.

Hekimlik ve Laiklik

Eski Yunanistan'da da başlangıçta, dünyanın diğer coğrafyalarında olduğu gibi, insanların sağlığa yaklaşımı dinseldi ve otuz kadar tanrı ve tanrıça sağlıkla ilgiliydi. Bunlar arasında en tanınmış sağlık tanrısı olan Aesculap adına inşa edilmiş çok sayıda tapınak vardı. Ancak Yunanistan'da demokratik bir yönetim kurulmasıyla birlikte, bilimde ve düşünsel yaşamda büyük bir atılım

TOPLUMCU TIP SEMİNERLERİ

dönemine girilmiş ve günümüzden 25 yüzyıl önce, aslında yalnızca bir asırdan biraz uzun süren bu demokratik iklim (kuşkusuz bu demokrasi yalnızca köle sahipleri ve yöneticiler içindir), bilimsel tıbbın temellerinin atılabilmesi için gereken zemini sağlamıştı.

Bu ortamda İyonyalı Hipokrat, aslında diğer coğrafyalarda da bilinen, fakat firavunların ya da krallarının gazabına uğramamak için dile getirilemeyişi dillendirebilmiş ve sağlık üzerindeki dinsel örtüyü kaldırıp atmıştır. Dünya daha sonraki dönemlerde de benzer durumlara birçok kez sahne olacaktır. Bugün, Avrupa'da Galileo Galilei'den çok daha önce birçok bilim insanının güneşin dünyanın etrafında değil, fakat dünyanın güneşin etrafında döndüğünü keşfettiğini, ancak Galileo'ye kadar kimsenin kutsal kitapları ve kiliseyi karşısına almaya cesaret edemediğini biliyoruz.

Yunanistan demokrasisi içeriden ve dışarıdan gelen saldırılar karşısında direnememiş ve tarih sahnesinden çekilmiştir. Yunanistan mirasını kısmen devralan Roma, bu mirasın köle sahiplerinin egemenliğini tehdit edebilecek kısımlarını bir yana bırakarak yoluna devam etmiştir. Hekimlerin hastalıkların ardında dünyevi etmenler arama çabalarına son verilmiş ve Galen'le birlikte tıbbın yüzü yeniden tanrılara çevrilmiştir.

Romalılar döneminde bir yanda dünyevi hijyen hizmetlerinde çok büyük ilerlemeler yaşanırken, diğer yanda tedavi edici hekimlik üzerinde din ve büyü'nün etkisi son derece artmıştır. Yahudilikten sonra ortaya çıkan ikinci büyük tek tanrılı din olan Hristiyanlık tarafından da tehdit edilmeye başlanan Romalı egemenler, miraslarını Bizans'a devrederek tarihten çekilmişlerdir.

Köleci toplumların yerlerini feodal toplumlara bırakmaya başladığı dönemde Orta-doğu ve Kuzey Afrika'da yaygınlaşmaya başlayan son tek tanrılı din olan İslam, kendisinden önceki dinlerden farklı olarak kutsal kitabında hastalıkların etiyojisini tanrısal cezalar olarak tanımlamamakla birlikte, etiyoji ve tedaviden dini tamamen dışlamamaktadır. İslam tıbbı üzerinde Galen'in etkileri gözlenmektedir.

Bugün ortaçağ olarak tanımladığımız günümüzden 1.500 yıl önce başlayarak bin yıl süren dönem, insanın yeryüzünde daha büyük topluluklar halinde yaşamaya başladığı ve ticaretin, özellikle deniz yolunun kullanılmaya başlamasıyla, dünyanın en uzak köşelerini birbirine bağlamaya başladığı bir

dönemdir. Dönemin bu özellikleri, bu yıllar içinde ticaretin ve kentleşmenin en yoğun yaşandığı kıta olan Avrupa’da sayısız salgınların patlak vermesine ve çok sayıda insanın bu salgınlarda yaşamlarını yitirmesine neden olmuştur.

Yunanistanlı hekimlerin kısa bir süre için dahi olsa göklerden yeryüzüne indirebilmeyi başardığı, fakat Galen’le birlikte yeniden gökyüzüne çıkan tıbbın, bir kez daha yeryüzüne inebilmesi için uygun ortam rönesans (yeniden doğuş) ile gelmiştir. Feodalitenin bağrında doğan kapitalizm İtalya’dan başlayarak birkaç yüzyıl içinde Avrupa kıtasına yayılır. Buna eşlik eden reform hareketi de, feodalitenin en büyük dayanağı olan Papalığı sarsarak Avrupa’da, Yunanistanlı hekimlerin asırlar önce Ön-Asya’da yakaladığı ortama benzer görece özgür bir ortam yaratır. Bu kez tıbbi yeryüzüne indirmek görevini Paracelsus (1493 – 1541) üstlenmiş ve Basel’de, pazar meydanında Galen ve İbn-i Sina’nın eserlerini yakarak, tıbbın orta-çağına son vermiştir.

William Harvey (1578 – 1657), kan dolaşımının sırlarını açığa çıkartarak, insanın içinde kalan son “ruh” kırıntılarını da süpürüp atmıştır. Kan dolaşımını ruhlar değil, “basit bir hidrolik pompa” sağlamaktadır. Aristo’dan Galen’e kadar pek çok otoritenin o güne kadar kalbe atfettikleri pek çok işlev, bir anda buharlaşıvermiştir.

Dünyanın eksenini zaman içinde giderek “batıya” kayarken, başta Çin ve Hindistan olmak üzere eski doğu uygarlıkları bu gelişmelerden görece uzak kalmışlardır. Öyle ki, bu ülkelerde günümüzde dahi “batıda” oldukça yaygın olan tek tanrılı dinlerin etkisi çok sınırlıdır ve her ne kadar tıbbi hizmetler “batı” tıbbının uygulandığı modern sağlık kurumlarında sunulsa da, halklar arasında sağlığa mistik yaklaşımlar egemenliğini sürdürmektedir.

Sosyalizmin çözülmesiyle birlikte dinsel gericiliğin yaygınlaştığı ve halkların yeniden inançlara sığındığı günümüzde, tıpta dinsel yaklaşımların hortlaması ve “alternatif tıp” adı altında piyasaya sürülmesi tesadüf değildir. Eski SSCB coğrafyasında “şamanlık” hortlamış, insanlar sağlık sorunlarına çözümü, antik çağlardan kalma sihir ve büyü uygulamalarında aramaya başlamışlardır. Ülkemizde de bu uygulamalar GETAT (Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp) adı altında devlet korumasına alınmıştır. Günümüzde meslek örgütleri, şarlatanlarla mücadele edememektedir.

MAKİNENİN BOZULMASI OLARAK HASTALIK

İnsanın sağlığa/hastalığa ilişkin kavrayışı tarihsel ve toplumsal gelişim süreçleri içinde gelişerek ve değişerek günümüze ulaşmıştır. Binlerce yıl hastalıkları “tanrısal bir ceza” olarak kavrayan insan, sağlık sorunlarının çözümünü adaklarda, kurbanlarda, sihirlerde ve dualarda aramıştır. Dinin/metafiziğin toplumsal yaşam üzerindeki etkisinin görece zayıfladığı ve aklın güçlenmeye başladığı dönemlerde bilim tıp üzerinde egemen olmuş ve sağlık sorunları dünyevi nedenlerle ilişkilendirilmeye çalışılmıştır.

On-dokuzuncu yüzyıla gelindiğinde, bilim ve teknolojiye görülen devasa gelişmeler, geleneksel tıbbi ve sağlık anlayışını bütünüyle değiştirmiştir. Mikroskobun bulunması ile enfeksiyon ajanları görünür kılınmış ve sağlık sorunlarını açıklayan yeni modeller geliştirilmeye başlanmıştır.

Mekanik Sağlık Anlayışı

Sağlığa mekanik (veya biyomekanik) yaklaşım, sağlığı basitçe “hastalığın olmayışı” olarak tanımlar. Bu anlayışın kaynağı, genel olarak ortaçağ sonrasında bilim dünyasına egemen olan pozitivist ideolojinin ve mekanik nedensellik yaklaşımının tıp biliminde de ağırlığını hissettirmesidir.

1596 – 1650 yılları arasında yaşamış olan René Descartes tarafından temelleri atılan mekanik sağlık anlayışında insan, tanrı tarafından mükemmel bir saat gibi çalışmak üzere kurulmuş bir varlıktır. Bu anlayışa göre insan, beden (res extensa) ve ruhtan (res cogitans) oluşur. Mekaniğin genel yasaları insan bedeni için de geçerlidir.

Descartes’ın dünyayı anlamakta ve açıklamakta kullandığı yöntem, önce doğruluğu sezgisel (intuitive) olarak kavranabilecek sağlam bir nokta bulmak ve sonra bunun üzerinde bir senteze ulaşmaktır. Kuşkusuz burada en önemli sorun, doğruluğu sezgisel olarak kavranabilecek sağlam bir noktanın, yani bilginin nasıl bulunacağıdır. Matematik, fizik ve özellikle optik bilimindeki gelişmeler bilgiye/gerçeğe ulaşmakta duyu organlarına çok güvenilemeyeceğini ortaya koymuş ve insan o güne kadar bilgi edinmekte kullandığı en önemli aracı yitirmiştir.

Descartes bu soruya ünlü deyişiyle yanıt verir: *Cogito ergo sum* (düşünüyorum, o halde varım). İnsan ancak düşüncesinin/bilincinin gerçekliğine güvenebilir. Rasyonalizm (akılcılık) felsefesinin temeli olan Descartes bu önermesiyle, o güne kadar bilgiye ulaşmakta kullanılan bilimsel yöntemi (tümdengelim) reddetmekte, akıllı bilginin kaynağı olarak sunmaktadır.

Gerçeği/dünyayı doğru olarak kavrayacak bilginin yapısını bu şekilde ortaya koyan Descartes, gerçeği de yapısal bakımdan birbirinden farklı olan cisim/madde (düşünmeyen ama uzayda yer kaplayan şey) ve ruh (uzayda yer kaplamayan ama düşünen şey) olarak ikiye ayırır (dualizm). Böylece Descartes dünyayı (olayları ve olguları) tamamen mekanik olarak kavrayan bir anlayışa ulaşır.

Descartes'ın doğası bir makine gibi çalışır. Doğada olup biten her şey *dışarıdan* bir etkiyle meydana gelir. Bütün bunlar cansız doğa için olduğu kadar, canlı varlıklar için de geçerlidir. Canlıların cansızlardan tek farkı, canlı varlıkların daha karmaşık makineler olmasıdır. Descartes'ın insana mekanik yaklaşımına en güçlü destek, çağdaşı William Harvey'nin (1578 – 1657) kan dolaşımını, kalbin pompa işleviyle açıklamasıyla (1628) gelmiştir.

Ancak canlılar içinde insanın farklı bir yeri vardır. İnsan da bir makinedir, fakat ruhları olmayan diğer canlılardan (bitkiler ve hayvanlardan) farklı olarak insanda, bitki ve hayvanlardaki gibi mekanik olarak açıklanabilecek *istençsiz* hareketler (solunum, dolaşım vb) yanında, mekanikle açıklanamayacak, doğrudan doğruya ruhun etkisiyle meydana gelen *istençli* hareketler vardır.

Hasta pozitivistlikle birlikte 'tıbbın nesnesi' haline gelirken, hastanın öyküsü de 'hastalığın öyküsüne' indirgenmiştir. Anatomi ve fizyoloji birbirine bağlanmış ve dikkatin odağına dokunun yerini alan "hücre" geçmiştir. Deney, istatistik ve nedensel düşünce, tıbbi araştırmanın temeli haline gelmiştir. Tanı ve tedavide Kartezyen (Dekartçı) mekanik yapı ve işlev esas alınmıştır.

Pozitivizme göre bilim, genele ulaşmak için özelden yola çıkmalı ve sağlık sorunlarını da, doğa kurallarına bağımlı doğa olayları gibi ele almalıdır. Bu anlayışla nedensellik, doğrudan gözlenebilen olguların ilişkisiyle kurulabilir ve açıklanabilir. Pozitivizm tıpta en açık şekilde insan bedeninin parçalara bölünerek ele alınmasında (doku/organ/sistem temelinde uzmanlaşma) kendisini göstermektedir.

Pozitivist - mekanik anlayışa göre hastalığa, hastalıkla daima ilişkili olan ve gözlenebilen bir veya birkaç etmen neden olmaktadır. Hastalıklara mikro düzeyde bakılarak, sağlığın toplumsal belirleyicileri “etyopatogenezin” dışında bırakılmaktadır. Bir örnek vermek gerekirse mekanik yaklaşım veremi, insan bedeninin tüberküloz basiline maruz kalmasını izleyerek ortaya çıkan bir hastalık olarak tanımlar. Maruziyet vücutta patolojik değişikliklere yol açar ve bunlar akciğer tüberkülozunda akciğer radyografisinde gözlenebilir. Basil kan veya balgam kültürüyle tanımlanabilir. Hastalık, öksürük, hemoptizi (kan tükürme), kilo kaybı ve ateş gibi bulgular verir. Hastalığın nedeni basildir ve tedavisi ilaçlarla basilin vücuttan uzaklaştırılarak beden sağlığa kavuşturulmasıdır.

Mekanik model bireyleri ve toplumu, sağlığı *bireysel* bir sorun olarak görmeye teşvik eder. Bireyin bedeni dışındaki sağlık üzerine etkili olabilecek olaylar (çalışma koşulları, çevre vb) hekimin mesleki ilgi alanı dışında kalır. Bu durum hekim – hasta ilişkisinde sağlık alanındaki otoriteyi hekimin özellikle tanı için kullandığı uzmanlık ve beceriye vererek, hastaya pasif bir rol tanımlar. Öte yandan hekimle ilişkisinde pasif olan birey, sıra kendi sağlığını korumaya ve yitirdiğinde yeniden kazanmaya geldiğinde kendi başınadır, çünkü sorun kendi *bireysel* sorunudur.

Mekanik – bireysel yaklaşımın temel özelliklerini ve tıp ve sağlık anlayışı üzerine etkilerini özetlemek gerekirse:

- Hastanın içinde yer aldığı toplumsal ve çevresel bağlama değil, *kendisine* odaklanır
- İnsanı önce beden ve ruh olarak ikiye ayırır, sonra bedenini de parçalara ayırarak hücre ve hücre altı düzeylerde ele alır
- Hastalığın *biyolojik* etiyolojisine odaklanarak diğer (çevresel, psikososyal vb) etkenlere daha az önem verir

Bu anlayışta hekime ve dolayısıyla tıp eğitimine biçilen rol, hastalığa neden olan biyolojik etkeni ortaya çıkartmak ve biyolojik etkenle mücadele ederek bireyi sağlığına kavuşturmaktır.

SOSYAL BİR OLGU OLARAK HASTALIK

Toplumcu tıbbın kurucusu olarak bilinen Rudolf Virchow, bu unvanını hastalıkların ve ölümlerin toplumsal-ekonomik nedenlerini ortaya koyduğu, diğer bir deyişle morbidite (hastalık) ve mortalitenin (ölüm) hangi toplumsal koşullar içinde ortaya çıktığını açıkladığı **Yukarı Silezya Tifus Salgını Raporu**'na borçludur. Sağlık sorunlarının analizinde Hegel'in diyalektik yöntemini benimseyen Virchow, raporunda biyolojik ve toplumsal sorunlara diyalektik yaklaşımın başarılı bir örneğini sunar.

Diyalektik yaklaşımın üstadı Hegel, yaşamın hastalık olmadan olamayacağını, her organizmanın “ölüm mikrobi” ile doğduğunu, tedavinin hastalığı sağlığın tümden yitimi olarak değil, daha çok fiziksel güçler içinde veya fiziksel güçler arasında bir çatışma olarak öngördüğünü öne sürmüştür.

Ancak Hegelci “idealizmi” reddeden Virchow, “maddeciliği” benimsemiştir. Biyolojide *diyalektik maddeci* bir yaklaşım oluşturma çabalarında F. Engels'in İngiltere'de Emekçi Sınıfların Durumu isimli çalışmasından geniş ölçüde yararlanmış ve yoksulluk ve hastalık arasındaki ilişkileri göstermek için Engels'in verilerini kullanmıştır.

Diyalektik - tarihsel maddeci sağlık anlayışı

İngiltere'de Emekçi Sınıfların Durumu, Friedrich Engels tarafından kaleme alınan ilk kitap olup, 1845 yılında yayınlanmıştır. Engels bu yapıtının neredeyse her sayfasında kapitalist üretim tarzı ve toplumun kapitalizmin (sermayenin) gereksinimlerine göre örgütlenmesi ile hastalık ve ölüm arasındaki ilişkiye canlı örnekler sunmuş ve bugün *sağlığın toplumsal belirleyicileri* olarak tanımlanan gelir, barınma, beslenme, eğitim vb. gibi sosyal belirleyicilerle hastalıklar ve ölüm arasındaki ilişkiyi ilk kez bilimsel kanıtlarla göstermiştir.

Son yıllarda yapılan araştırmalar sağlık alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmelerin, doğuştan beklenen yaşam süresi üzerine katkısının yüzde 25 kadar olduğunu (bazı kaynaklarda yüzde 10 – 15), gündelik yaşamın maddi koşullarındaki iyileşmelerin katkısının çok daha büyük olduğunu açıkça ortaya koymaktadır.

TOPLUMCU TIP SEMİNERLERİ

Sağlığın toplumsal belirleyicilerinin başında *gelir ve zenginlik* gelmektedir. Gerek bireyler ve gerekse toplumsal sınıflar arasında sağlık düzeyine ilişkin farklılıkların esas nedenini, bireyler ve toplumsal sınıflar arasındaki gelir ve zenginlik farkı oluşturmaktadır. Bunun nedeni, gelir ve zenginliğin, kendi başına sağlığı belirleyen bir faktör olmanın ötesinde, sağlığı belirleyen diğer toplumsal faktörler (eğitim, barınma, beslenme vb) üzerinde de “belirleyici” olmasıdır.

Sağlığı belirleyen diğer toplumsal faktörler, erken çocukluk döneminin kalitesi, eğitim, konut, gıda, istihdam ve çalışma koşulları, bireylerin gelirleri ve zenginlikleri tarafından belirlenmektedir. Öte yandan gelir değişkeninin de toplumların “üretim tarzı” tarafından belirlendiğini unutmamak gerekir.

Virchow hastalığın biyolojik etmenlerinden çok, ortaya çıktığı tarihsel ve maddi koşullara vurgu yapmıştır. Çok-etkenli etiyolojik analizinde hastalıkların oluşmasında ve gelişmesinde en önemli nedensel etkenin, insanların gündelik yaşam ve çalışma koşulları (*yeterli şart*) olduğunu öne sürmüştür. Bu bakış açısı, etkin bir sağlık bakımı sisteminin kendisini tekil hastaların patofizyolojik sıkıntılarını tedavi etmekle sınırlayamayacağına işaret etmektedir.

Buradan hareketle Virchow, devlet tarafından istihdam edilmiş sağlık emekçilerinin görev aldıkları, kamusal mülkiyet altında ve kamu tarafından işletilen bir bütüncül sağlık bakımı kurumları sistemi, bir ‘*kamusal sağlık hizmeti*’ öngörmüştür. Bu sistemde sağlık bakımı *anayasal bir vatandaşlık hakkı* olarak tanımlanmaktadır. Virchow’un Armendärtzen (yoksulların hekimi) olarak adlandırdığı kamu sağlığı emekçilerinin etkinlikleri, doğrudan bakımla birlikte yoksulların avukatlığını yapmayı da içerir. Virchow’un halk sağlığı anlayışının diğer iki ilkesi, önleme ve yurttaşların maddi güvencesinin sağlanmasında devlet sorumluluğudur.

Dinamik – toplumcu yaklaşımın temel özelliklerini ve tıp ve sağlık anlayışı üzerine etkilerini özetlemek gerekirse:

- Hastanın gündelik yaşam koşullarına odaklanarak hastalığı değil sağlığı öne koyar
- Hastalığın ortaya çıktığı toplumsal koşullara vurgu yapar

- Hastalığın biyolojik etkeninin hangi koşullar altında hastalık yapabildiğine önem verir

Bu anlayışta hekime ve dolayısıyla tıp eğitimine biçilen rol, hastalık üreten koşullarla mücadele etmek ve hastaları bedenleri, ruhları ve toplumsal ve fiziksel çevreleriyle bir bütün olarak değerlendirmektir.

Mekanik ve Diyalektik Tarihsel Maddeci Yaklaşımlar Arasındaki Mücadele

Avrupa’da on-dokuzuncu yüzyılın ortasında Fransa’da Villermé, Buchez ve Guérin; Almanya’da Neumann, Virchow ve Leubuscher başta olmak üzere birçok hekim hastalıkların ekonomik, toplumsal ve mesleki nedenleri üzerinde çalışmaktadır. Birçok araştırmacı, Avrupa emekçileri arasında yüksek hastalık hızları ve erken ölümlerin ana nedeni olarak insanlık dışı ve tehlikeli çalışma ortamlarını, işsizliği, sefil yaşam koşullarını, yetersiz beslenmeyi ve genel yoksulluğu tanımlamakta ve bu durumu istatistiksel olarak belgelemektedir.

Çağdaşları Lister, Pasteur ve Koch gibi bilim insanları ise mekanik – bireyci sağlık anlayışını benimseyerek çalışmalarında bireye ve biyolojik etkenlere odaklanmış, hastalıkların nedenlerini toplumsal ve ekonomik koşulların dışında, hastalıklara özgü mikroskobik organizmalarda aramaktadırlar. Bu anlayış, özgün patolojik durumların özgün tedavilerle sağaltılacağı esasına dayanmaktadır.

İki anlayış arasındaki mücadele özünde emeğin ideolojisiyle, sermayenin ideolojisi arasındaki mücadelenin sağlık alanındaki görüngüsünden başka bir şey değildir. Emek ve sermaye dünyayı ve olayları kendi bakış açılarından açıklamaya çalışmaktadır; sıra hastalıkların nedenlerinin açıklanmasına geldiğinde sermayenin aydınları ile emeğin aydınları hastalıkların nedenlerinin ‘tanrısal’ ya da ‘tesadüfi’ olmadığı konusunda hemfikirdir, ancak emeğin aydınları bu nedenlerin *toplumsal* temelleri olduğunda ısrar ederken, sermayenin aydınları *bireysel* olduğunu iddia etmektedirler. Sermayenin aydınları hastalıkların altında kapitalist üretim ilişkilerinin ve bunun üzerinde yükselen kapitalist toplumun yattığını kabul etmek yerine, hastalıkları o dönemde her gün bir yenisi keşfedilen mikroorganizmalara bağlamak (mikrop/germ teorisi) eğilimindedirler.

Tanınmış Alman hekim Emil von Behring, yirminci yüzyılın eşiğinde ‘her hastalığa yol açan bir mikrop’ bulunduğunu ve hastalıkların toplumsal koşullardan tamamen bağımsız olduğunu savunmakta, Virchow’u bilimin ortaya koyduğu “gerçekleri” yadsımağa suçlamaktadır. Virchow ise inatla, hemen her gün yeni bir hastalık etkeninin izole edildiği ve buna karşı tedavilerin geliştirilmeye çalışıldığı bir ortamda, insan ve hastalık arasında ‘çok-etkenli’ bir ilişki olduğunu savunmaktadır.

Virchow’un Yukarı Silezya Tifüs Salgını Raporu çalışması bu iklimde ortaya çıkmıştır. Virchow bu çalışmasında salgında, hastalananlar ile hastalık etkeni dışında başka birçok toplumsal ve ekonomik etkenin de ilişkili olduğunu bilimsel olarak ortaya koymuştur. Bu ilişki von Behring’in iddia ettiği gibi basitçe ‘maruz kalma – hastalanma’ ilişkisi değil, ‘maruz kalma – enfekte olma – hastalanma’ ilişkisidir.

Bu durum şu anlama gelmektedir: aynı etkene maruz kalan *herkes* hastalanmamakta, başka koşullar mikroorganizmanın kişiyi enfekte edip etmemesinde rol oynamakta ve sadece enfekte olanlar hastalanmaktadır. Bu açıklama, bugün epidemiyoloji biliminin temelini oluşturan ve son yıllarda bulaşıcı olmayan hastalıklarda da yaygın olarak kullanılan ‘epidemiyolojik üçgen’ düşüncesinin filizidir.

Bu iki anlayış arasındaki mücadelenin açık bir çatışmaya dönüştüğü yer 1882 Berlin’idir: Koch 1882 yılında Berlin Fizyoloji Derneği’nde buluşunu (tüberküloz basili) sergilediğinde, birçok bilim insanı basilin vereme neden olduğu düşüncesini reddetmişlerdir. Virchow ve diğerleri sağlıklı insan bedenlerinde de patolojik mikroorganizmalar yaşayabildiğinden, bunların tek başlarına hastalık nedeni olamayacağını (*gerekli fakat yeterli değil*) savunmuşlardır.

Onlara göre istilacı mikroorganizma ancak beden fizyolojik veya çevresel sefaletle zayıf düştüğünde hastalığa neden olabilmektedir. Koch ve arkadaşları tezlerini bilimsel çevrelerde kabul ettirebildiklerinden değil, çalışmalarını sürdürebilmeleri için egemen sınıflardan gerekli maddi desteği sağlayabildiklerinden ‘başarıya’ ulaşabilmişlerdir.

TOPLUMCU TIP SEMİNERLERİ

Sermayenin tıbbına karşı emeğin tıbbı, bu süreçlerin bir ürünü olarak ortaya çıkmıştır. Engels ve Virchow'un öncülük ettiği bu düşünceler on dokuzuncu yüzyılın sonlarında devrimci hekimler arasında yaygınlaşmış ve ilk olarak Sovyetler Birliği'nde 1917 Büyük Ekim Devrimi ile ete kemiğe bürünerek (Semaşko Modeli) kendisini kanıtlama olanağı bulmuştur.

On-dokuzuncu yüzyılın ortalarından itibaren sağlığın bireysel değil toplumsal bir sorun olduğu, bu bağlamda tek tek bireylerin çabalarının ne sağlıklarını korumaya ne de yitirdiklerinde yeniden kazanmaya yetmeyeceği bilimsel olarak ortaya konmuş olmasına karşın, mekanik – bireyci yaklaşım ana-akım tıp ve sağlık ortamı üzerinde egemenliğini (Flexner Modeli) sürdürmeye devam etmektedir.

Hastalık kavramının evrimi:

YAKLAŞIM	ETİYOLOJİ	TEDAVİ
ŞAMANİ	Doğüstü güçler – mistisizm	Dua, adaklar ve ayinler
MEKANİK	Tek etken	Biyomedikal yaklaşım
DİYALEKTİK MADDECİ	Çok etkenlilik	Biyopsikososyal yaklaşım

KAYNAKLAR

Belek, İ., Onuroğulları, H., Nalçacı, E. ve Ardiç, F. (1998). Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi. İkinci Baskı. İstanbul: Sorun Yayınları.

Brown, E.R. (1979). Rockefeller Medicine Men: Medicine and Capitalism in America. Berkeley: University of California Press.

Bunniss, S., Kelly, D.R. (2010). Research Paradigms in Medical Education Research. Medical Education. 44(4): 358 – 366.

Bury, M. (2005). Health and Illness. Cambridge: Polity Press.

Campbell, J.K. ve Johnson, C. (1999). Trend Spotting: Fashions in Medical Education. British Medical Journal. 318(7193): 1272 – 1275.

von Engelhardt, D. (1999). Teaching History of Medicine in the Perspective of “Medical Humanities”. Croatian Medical Journal. 40 (1): 1 – 7.

Engels, F. (1994). İngiltere’de Emekçi Sınıfların Durumu. İstanbul: Sosyalist Yayınlar.

Eren, N. (1996). Çağlar Boyunca Toplum, Sağlık ve İnsan. Ankara: Somgür.

Gökberk M. (1990). Felsefe Tarihi. 6. Basım. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Guilbert, J.J. (2012). Sağlık Çalışanları İçin Eğitim Kitabı. Altıncı Baskı. İstanbul: Nobel.

Kneebone, R. (2002). Total Internal Reflection: an Essay on Paradigms. Medical Education. 36(6): 514 – 518.

Marmot, M. ve Wilkinson, R. (2009). Sağlığın Sosyal Belirleyicileri. İstanbul: İnsev.

Marx, K. ve Engels, F. (1992). Alman İdeolojisi [Feuerbach]. Üçüncü Baskı. İstanbul: Sol Yayınları.

Morris, D. (2000). Illness and Culture in the Postmodern Age. London: University of California Press.

Navarro, V. (1986). What Is Socialist Medicine? Monthly Review, 38(3): 61 – 70.

Pridan, D. (1964). Rudolf Virchow and Social Medicine in Historical Perspective. Medical History. 8(3): 274–278.

Raphael, D. (Ed.). (2004). Social Determinants of Health Canadian Perspectives. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc.

Taylor, R ve Rieger A. (1984). Rudolf Virchow on the Typhus Epidemic in Upper Silesia: An Introduction and Translation. Sociology of Health and Illness. 6(2): 201 – 217.

Virchow, R. ([1848]2006). Report on the Typhus Epidemic in Upper Silesia. Social Medicine, 1(1): 11 – 27.

Waitzkin, H. (2006). One and a Half Centuries of Forgetting and Rediscovering: Virchow's Lasting Contributions to Social Medicine. Social Medicine. 1(1): 5 – 10.

Zerda, A., Velásquez, G., Tobar, F., Vargas, J.E. (2002). Health Insurance Systems and Access to Medicines. Case Studies from: Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Guatemala and the United States of America Washington, D.C. PAHO.

KORUYUCU HEKİMLİKTEN TOPLUMCU SAĞLIĞA GİDEN YOLDA: LOUIS-RENE VILLERME (1782 – 1863)

Louis-René Villermé 1782’de Paris’te doğmuş, 1801 – 1804 yılları arasında cerrahi uzmanlığı eğitimi aldıktan sonra askeri hekim olarak Fransız ordusunda görev yapmıştır. 1818 yılında klinik hekimliği bırakarak araştırmacı olmuş ve Tıp Akademisi üyeliğine seçilmiştir. 1829 yılında Hijyen Yıllıkları’nı yayınlamaya, 1834 yılından itibaren sanayileşmenin toplum üzerine etkilerini araştırmaya başlamıştır.

Koruyucu hekimlikten toplumcu sağlığa giden yolda Villermé’in üç büyük katkısı vardır:

- Villermé, ilk çalışmalarını hapishanelerin sağlık koşulları üzerine yoğunlaştırmıştır. Mahkumların yüksek ölüm hızlarının, bulundukları hapishane tipiyle açıklanabileceğini ve yıllar içinde bu ölüm hızlarındaki düşüşün cezaevi koşullarındaki iyileşmeden kaynaklanabileceğini ileri sürmüştür. Bunları 1820 ve 1829 yıllarında iki makale ile yayınlamıştır.
- Daha sonra mortalite ile çeşitli miyazmatik değişkenler arasındaki ilişkileri inceleyerek, mortalite üzerine etkili faktörleri ortaya koymaya çalışmıştır.
- Son olarak emekçilerin sağlık durumu ile ilgilenmiş ve tarihte emekçilerin sağlık koşulları üzerine ilk bilimsel çalışmayı yayınlamıştır. 1840 yılında yayınlanan *Pamuk, Keten ve İpek Değirmenlerinde Çalışan İşçilerin Fiziksel ve Moral Durumunun Tanımı* başlıklı çalışmada çalışma koşulları, yaşam koşulları ve yaşa ve çalışılan işe göre yaşam beklentisi tabloları oluşturmuştur. Bu çalışma 1841 yılında Fransa’da çocuk emeğini düzenleyen ilk yasanın hazırlanmasında büyük bir rol oynamıştır.

Sağlığı/Hastalıkları ve Mortaliteyi Ne Belirliyor?

On altıncı yüzyıldan başlayarak hekimler arasında hastalıkların nedenlerine ilişkin iki görüş yaygınlaşmaya başlamıştır:

- Hastalıklar, hastalardan sağlamlara gözle görünmeyen fakat canlı bir süreçle geçerler
- Hastalıkların kaynağı çevredir

Bu görüşlerden ikincisi (çevre) daha baskın olup, Hipokratik miyazma kuramlarıyla tam bir uyum içindedir. Buna göre çürüyen organik maddelerden türeyen ve kokularıyla tespit edilebilecek olan miyazmalar, atmosferde taşınarak belirli coğrafi alanlarda yoğunlaşmaktadır.

Fransa’da Kraliyet Tıp Cemiyeti bu kuramsal çerçeveye dayanarak, on sekizinci yüzyıl sonlarından itibaren hastalık gözlemleriyle belirli coğrafi alanları ve bu alanların özelliklerini ilişkilendiren “tıbbi topografiler” yayınlamaya başlamıştır. Havayı kirleten ve dolayısıyla ölümlere neden olan etmenler arasında Seine nehrine yakınlık, rüzgarlar, yükseklik, mevsimsel ısı değişimleri, nem, hava, su ve toprak kalitesi, nüfus yoğunluğu gibi özellikler tanımlanmaktadır.

Claude Lachaise 1822’de Paris’in Tıbbi Topografisi’ni yayınlarak, mortaliteyi doğrudan caddelerin darlığı, konutların yüksekliği ve hane-halkı büyüklüğüne bağlamıştır. Villermé ise bu değişkenlerin aslında mortalite üzerine etkili olmadığını, fakat ekonomik imtiyaz veya sefaletin mortalite üzerindeki etkisini gizlediğini düşünmektedir. Villermé, 1817 nüfus sayımı, emlak kayıtları ve 1820 mali istatistiklerini kullanarak bir çalışma yapmaya karar verir. 1817 – 1826 yılları arasındaki ölüm kayıtlarını çıkartır, nüfus yoğunluklarını hesaplar ve kira ve vergi verilerinden bireylerin gelir durumlarını belirler.

Villermé bu verileri analiz ettiğinde, maddi durumu iyi olanlarla (örneğin zengin semtlerde oturanlar, vergi ödeyenler) yoksullar (örneğin kira ödeyenler, mülksüzler) arasında ölüm hızları bakımından açık bir farklılık bulur. Villermé şu sonuca ulaşır: Mortalite üzerine miyazmatik faktörlerin değil, fakat “yoksulluğun” etkisi vardır.

Villermé'e Tepkiler

Günümüzde dahi yoksulluğun sağlık/hastalık ve mortalite üzerine etkili olduğunun söylenmesinin bazı ülkelerde “halkı kışkırtma” suçu olarak kabul edildiği düşünülürse, on-dokuzuncu yüzyılın ilk çeyreğinde Villermé'in bu çalışmasının tepkisiz kalmayacağı kolayca anlaşılabılır.

Gerçi bu dönemde Villermé yalnız değildir. Fransa'da Val-de-Grâce askeri hastanesinde Başeczacı olarak görev yapan Julien-Joseph Virey (1775–1846) ve fizyolog Pierre-Jean-Georges Cabanis (1757 – 1808) gibi aydınlar da vardır. Bunlardan Cabanis daha 1804 yılında *hastalıklar toplumun yanlışlarına bağlıdır* demiştir.

Çalışmasına gelen eleştiriler ise araştırmanın yöntemine ve araştırması sonunda vardığı yargılara ilişkindir. Villermé'in ulaştığı sonuçlar doğru olsalar dahi, yayınlanmaları ve tartışılmaları toplumsal düzen için tehlikeli sonuçlar doğurabilecektir. Kuşkusuz Akademi üyesi bir liberal olan Villermé'in amacı yoksulları zenginlere karşı kışkırtmak değildir, fakat hastalıkların zenginleri kayırdığı düşüncesi tehlikeli bir düşüncedir.

Adli hekim Henri-Louis Bayard (1812 – 1852), Villermé'in araştırma kapsamına aldığı bölgelerin böyle bir sonuca ulaşmak için çok geniş olduğunu ve araştırma süresinin kısa olduğunu, çok uzun yıllar çalışılması gerektiğini savunmuştur.

Kuşkusuz 1800'lerin başlarında istatistiksel teknikler oldukça ilkel idi. Yıllar sonra iki Fransız bilim insanı, Julia Chantal ve A-J Valleron, Villermé'in verilerini kullanarak yirmi birinci yüzyıl istatistiksel yöntemleriyle bulguları bir kez daha değerlendirmişlerdir. Araştırmaları sonucunda vergi endeksi ($r = -0.83$, $p < 0.002$), ortalama kira ($r = -0.83$, $p < 0.002$) ve ticari vergi endeksi ($r = -0.67$, $p < 0.05$) ile ölümler arasında istatistiksel olarak Villermé'in düşündüğünden çok daha anlamlı bir ilişki ortaya koymuşlardır.

Tartışma

Şüphesiz Villermé'in sağlık/hastalık ve mortalite ile sosyo-ekonomik durum gibi toplumsal etkenler arasında kurduğu ilişki, toplumcu sağlık anlayışının oluşumunda en önemli köşe taşlarından birini oluşturur. Ancak bu ilişkinin kurulmasından sonra atılacak adım noktasında daha alınması gereken uzun bir yol vardır.

Öncelikle, iki olgu veya olay arasında (örneğin sosyo-ekonomik durum ve mortalite) bir ilişkinin bulunduğu belirlenmesi, yani bu olayların veya olguların tesadüfen değil “gerçek” bir ilişkiyle bir arada görüldüklerinin anlaşılması, çok önemli olmasına karşın, tek başına bir anlam ifade etmez. Bu noktada yanıtlanması gereken iki soru ortaya çıkar: Birincisi bu olaylardan hangisi diğerini incelemekte, diğerine neden olmaktadır sorusu (yani insanlar hasta oldukları için mi yoksullaşıyor, yoksa yoksullukları nedeniyle mi hastalanıyorlar) ve buna bağlı olarak ikincisi, iki olgu veya olay arasındaki ilişki hangi mekanizmayla açıklanabilir?

Bu tür soruların kesin yanıtlarına ulaşabilmek, soruların doğası gereği çok zor ve zahmetlidir. Özellikle laboratuvar şartları içinde değerlendirilmeleri mümkün olmayan toplumsal olgu ve olaylar için içine girdiğinde, çoğu kez belli bir yerden sonra kesin kanıtlara ulaşılamadığında, herkes gibi bilim insanlarının da düşünce süreçleri üzerinde inanışları ve dünya görüşleri etkili olmaktadır.

Geçmiş yüzyıllarda hastalıkların etiyolojisinde bulaş teorilerini kabul edenler ve etmeyenler arasındaki tartışmaları değerlendiren Ackerknecht, her iki teorinin birbiri üzerinde açık bir üstünlük kuramadığı 1850'li yıllarda, bir hekimin bu teorilerden birini benimsemesi ve mesleki pratiğine yansıtmasında belirleyici olanın, hekimin sınıfsal konumuyla açıklanabilecek ideolojik eğilimi olduğunu belirtmektedir. Bu dönemde bulaş karşıtı teorilerin zaferi, hekimlerin çoğunluğunun liberal ve burjuvalardan oluşmasıdır ve bulaş karşıtı teorilerin bilim dünyasında yükselişi ve düşüşü, politik arenada liberalizmin yükselişi ve gerilemesiyle paralellik göstermektedir.

Villermé'in yargısı, yani mortalitenin yoksullar arasında zenginlerden daha yüksek olmasının, toplumsal faktörlerin mortalite üzerinde bir etkisi olduğu şeklindeki yorumlanışı kabul edilse dahi, bu toplumsal faktörlerin bu etkiyi nasıl yaptıkları tartışma konusu olmaya devam eder. Bu mekanizmalar ortaya konamadığı takdirde, doğru bir yoldan yüründüğü halde, yanlış bir hedefe varılabilir:

Liberal ideolojiyi benimseyen ve bu çerçevede yoksulluğun nedenini ahlaksal bakımdan düşünl k (ahlaksızlık, ayyaşlık, hovardalık, tembellik, kötü alışkanlıklar) olarak yorumlayan Villerm , bu sorunların üstesinden yoksulların bireysel çabaları ve ülkenin daha fazla sanayileşmesiyle gelinebileceğini düşünmekte, toplumsal iyileştirmeye yönelik kamusal projelere sıcak bakmamakta ve devletin toplumsal yaşama müdahale etmemesi gerektiğine inanmaktadır. Oysa çağdaşı Virchow soruna başka bir cepheden bakacaktır...

KAYNAKLAR

Ackercknecht, EH. (1953). Rudolf Virchow: Doctor, Statesman, Anthropologist. The University of Wisconsin Press.

Ackercknecht, EH. (2009[1948]). Anticontagionism between 1821 and 1867. International Journal of Epidemiology, 38: 7 – 21.

Aittomaki, A. (2008). Social Class Inequalities in Ill Health – the contribution of physical workload (A doctoral thesis). Department of Public Health, Faculty of Medicine, University of Helsinki.

Birn, AE. (2009). Making it Politic(al): Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Social Medicine, 4(3): 166 – 182.

Freedman, LP. (1995). Reflections on Emerging Frameworks of Health and Human Rights. Health and Human Rights, 1(4): 314 – 348.

Julia, C ve Valleron, AJ. (2011). Louis-René Villermé (1782-1863), a pioneer in social epidemiology: re-analysis of his data on comparative mortality in Paris in the early 19th century. Journal of Epidemiology and Community Health, 65(8): 666 – 70.

Krieger, N. ve Birn, A. (1998). A Vision of Social Justice as the Foundation of Public Health: Commemorating 150 Years of the Spirit of 1848. American Journal of Public Health, 88(11): 1603 – 1606.

Oppenheimer, GM., Bayerğ R. ve Colgrove, J. (2002). Health and Human Rights: Old Wine in New Bottles?. Journal of Law, Medicine & Ethics, 30: 522 – 532.

Stern, AM ve Markel, H. (2009). Commentary: Disease etiology and political ideology: revisiting Erwin H Ackerknecht's Classic 1948 Essay, 'Anticontagionism between 1821 and 1867'. International Journal of Epidemiology, 38(1): 31 – 33.

Taylor, R ve Rieger, A. (1984). Rudolf Virchow on the typhus epidemicin Upper Silesia: an introduction and translation. *Sociology of Health and Illness*, 6(2): 201 – 217.

Venkatapuram, S. (2009). A Bird's Eye View. Two Topics at the Intersection of Social Determinants of Health and Social Justice Philosophy. *Public Ethics*, 2(3): 224 – 234.

OKUMA – 1: TEMBELLİK HAKKI

Dr. Villermé, ışıkler kenti Alsace'dan, hani Şu insanseverliğin ve sanayi cumhuriyetçiliğinin g  lleri Kestnerlerin, Dollfuslerin Alsace'ından söz ediyor. Ama, doktor, işçilerin yoksunluğunu önümüze sermeden önce, eski endüstri zanaat  ısının durumunu anlatan Alsaceli bir iŐ lik sahibine, Dollfus-Mieg Őirketi ortaklarından Th. Mieg'e kulak verelim:

"Mulhouse'da, bundan elli yıl önce (1813'te makineli modern endüstri doğarken), işçilerin hepsi, kentte ve   vredeki köylerde oturan ve hemen hepsi, bir evi, çoğu kez bir küçük tarlası olan toprağa bağlı kiŐ ilerdi".

  alıŐ manın altın çağıydı o dönem. Ancak o günlerde, Alsace, endüstrisi ve pamuklularıyla dünyayı mala, Dollfuslarını, Koechlinlerini milyonlara boğmuyordu. Ama yirmi beŐ  yıl sonra, Villerm  , Mulhouse'a gittiğinde, modern minotaure kapitalist iŐ lik, ülkeyi fethetmiŐ ti; insan   alıŐ masına olan susuzluğu içinde işçileri yuvalarından koparıp almıŐ tı, onları daha bir eğip bükmek, i  lerine   alıŐ ma isteğini daha bir sokabilmek için. IŐ iler makinenin sesine koŐ uyorlardı binler ve binlerce.

"Bunların büyük bir bölümü, 17 binde 5 bini," diyor Villerm  , "kiraların yüksekliliği yüzünden, komŐ u köylerde oturmak zorundaydılar. Kimileri de,   alıŐ tıkları iŐ likten bir buçuk fersah ötelerde oturuyordu".

"IŐ , Mulhouse'da, Dornach'ta, yaz-kıŐı sabahın beŐ inde baŐ lıyor, akŐ amın beŐ inde sona eriyordu.. Her sabah kente geliŐ lerini, her akŐ am d  n  Ő lerini görmeli. Aralarında, solgun benizli, bir deri bir kemik kadınlar var; hepsi de çamur deryasında yalınayak yürüyen, yağmur ya da kar yağdığında, Ő emsiyeleri olmadığı için, yüzlerini ve boyunlarını korumak için önlüklerini ya da etekliklerini baŐ larına geçiren kadınlar. Onların yanı sıra, onlar kadar kire pasa batmıŐ , solgun benizli, partallar içinde, üstleri baŐ ları makine yağlarına bulanmıŐ  s  r   s  r   gencecik   ocuk var. Bunlar, su geçirmez giysileri altında yağmurdan

daha iyi korunuyorlar. Sözüünü ettiğimiz kadınlar gibi koltuklarının altında günlük yiyecekleri bile yok. Yalnızca, eve dönünceye kadar ağızlarına atacakları ekmek parçasını ellerinde tutuyor ya da ceketlerinin altında saklıyorlar".

"Böylece, en az 15 saat sürdüğüne göre, upuzun bir günün yorgunluğuna, bu zavallılar için, sık sık zahmetli gidiş gelişlerin yorgunluğu da ekleniyor. Sonunda, akşamları evlerine uyuma gereksinimiyle yorgun argın dönüyor ve ertesi gün, açılma saatinde atölyelerde bulunmak üzere evden çıkıyorlar, doyasıya dinlenmeden".

İşte şimdi, kentlerde oturanların üst üste, tıkkış tıkkış yaşadığı berbat konutlar:

"Mulhouse'da, Darnach'ta ve komşu evlerde, iki ailenin birer köşede, iki tahta arasında yere serpilmiş samanlar üzerinde yattığını gördüm. Haut-Rhin ilinde pamuk sanayisi işçilerinin içinde yaşadıkları aşırı yoksulluk, şu yürekler acısı sonucu doğuruyordu: Üretici tüccarların, kumaşçıların, fabrika müdürlerinin ailelerinde yaşayan çocukların yarısı 21 yaşına basarken, dokumacı ve pamuk iplikçisi ailelerdeyse, aynı çağdaki çocukların yarısı iki yıl önce ölüp gidiyorlardı".

Villermé, işlik çalışmalarından söz ederken, şunları ekliyor:

"Oradaki çalışma, bir iş, bir görev değil, bir işkencedir. Ve bu işkenceyi altı ile sekiz yaş arasındaki çocuklara uyguluyorlar. Bu, özellikle pamuk ipliği işliklerinde çalışan işçileri yıpratır, her Tanrının günü çekilen sonu gelmez bir işkencedir".

Çalışma süresi konusunda da Villermé, ceza sömürgelerinde kürek mahkumlarının günde 6 saat, Antiller'deki kölelerin 9 saat, oysa 1789 Devrimi'ni gerçekleştirmiş ve o gösterişli İnsan Hakları'nı ilan etmiş olan Fransa'da, bir buçuk saat yemek molasıyla birlikte, atölye işçilerinin günde 16 saat çalıştırıldıklarını saptıyor.

KAYNAK

Lafargue, P. (1883 [1999]). Tembellik Hakkı. (Çev. Vedat Günyol). İstanbul: Çağdaş Matbaacılık.

OKUMA – 2: FRANSA’DA ÇOCUK EMEĞİ

Fransa sanayileşme yolunda İngiltere’yi izleyen ilk ülkelerden biridir ve on-dokuzuncu yüzyılda büyük sanayi ülkeleri arasına girmiştir. İngiltere’de olduğu gibi Fransa’da da sanayileşme ile birlikte çocuk emeğinin üretimdeki payı giderek artmaya başlamıştır. Bugün yeniden dirilmiş olan liberal ideolojinin doruklarında bulunduğu bu yıllarda, devletin ekonomik yaşama müdahalesi hoş karşılanmamakta ve sanayide istihdam edilen çocukları koruyacak yasal düzenlemeler şiddetle reddedilmektedir.

Buna karşın 1830’larda bazı “vicdan sahibi” liberaller çocuk emeğine ilişkin düzenlemeler yapılması için harekete geçmişler ve Fransa’da 1841 yılında çocukları kapitalist sömürden nispeten sakınan ilk yasal düzenleme gerçekleştirilmiştir. Böylece 8 (sekiz) yaşından küçüklerin fabrikalarda işçi olarak çalıştırılması, 12 (on iki) yaşından küçüklerin günde sekiz saatten, 16 (on altı) yaşından küçüklerin günde 12 saatten fazla çalıştırılması yasaklanmıştır. 1841 yılında Fransa’da çocuk işçi sayısı 150 bin kadar olup, işçilerin yüzde 12’sini oluşturmaktadırlar.

Kuşkusuz burada söz konusu olan yalnızca “yasa”dır ve denetimi maaşları işverenler tarafından ödenen işyeri müfettişlerine bırakılan bu yasanın uygulanabilmesi için daha çok çaba sarf edilmesi gerekecektir. Yasaya hem ucuz emek gücü kiralama “hakları” ellerinden alınmak istenen işverenler, hem de çocukları sayesinde evlerine daha fazla para götürebilen işçiler karşı çıkmaktadır. Yasanın kısmen de olsa yürürlüğe girebilmesi için 1848 devriminin patlak vermesi gerekecektir, fakat devrimin yenilgisiyle yasa rafa kalkmasa da, uygulanması yine işverenlerin insafına bırakılmıştır.

Devrimin bastırılmasına karşın Paris’te sular durulmamış, emek hareketi giderek bir sınıf hareketi niteliğine bürünmeye başlamıştır. Artık çalışma ve yaşam koşullarının iyileştirilmesinin ötesinde iktidar talep eden Fransız işçi sınıfını bu taleplerinden vazgeçirebilmek amacıyla emekçilere bazı tavizler vermek zamanıdır ve 1868 yılında Ticaret Bakanlığı yeni bir çocuk emeği yasası çıkartarak fabrikaların denetimini maaşlarını işverenden değil devletten alan maden mühendislerine vermiştir.

TOPLUMCU TIP SEMİNERLERİ

Bu ve benzeri düzenlemeler sınıf hareketini durduramaz ve Fransız işçi sınıfı tarihte ilk kez 1871 baharında Paris'te iktidara el koyar. Ancak işçi sınıfı iktidarı elinde tutmayı başaramaz ve kısa sürede yenilir. Bu deneyim işverenlere, emekçilerin yaşama ve çalışma koşullarını iyileştirmezlerse egemenliklerini uzun süre devam ettirmelerinin mümkün olamayacağını bir kez daha göstermiştir.

KAYNAK

Weissbach, LS. (1977). Child Labor Legislation in Nineteenth-Century France. *The Journal of Economic History*, 37(1): 268 – 271.

ÇALIŞAN NÜFUSUN SAĞLIK DURUMU VE BU DURUMU İYİLEŞTİRME YOLLARI ÜZERİNE RAPOR (1842)

Edwin Chadwick 1800’de Manchester yakınlarında bir kasaba olan Longsight’ta dünyaya gelmiştir. Yüksek öğrenimini hukuk alanında yapan Chadwick, gençlik yıllarından itibaren İngiltere’nin en büyük sorunları arasında ilk sıraları işgal eden hijyen ve sağlık sorunlarıyla ilgilenmeye başlamıştır. 1832 yılında *Yoksulluk Yasaları*’nın uygulanmasında (Türkiye’de yoksullara yardım amacıyla düzenlenmiş Fakir Fukara Fonu, Yeşil Kart gibi bir kamusal uygulama) görev alan Chadwick, bu alanda önemli reformlara imza atmıştır.

1834 yılında *Yoksulluk Yasası Kurulu* sekreterliğine getirilen Chadwick, bu kurulda yürüttüğü çalışmaları 1842 yılında bir *Rapor* halinde yayınlamıştır. Daha sonra 1843 yılında da Rapora bir ek yapılmıştır.

Chadwick, raporuna ölüm istatistikleriyle başlamaktadır. İngiltere’de yerleşim birimi bazında önde gelen dört hastalık grubu olan, bulaşıcı hastalıklar (tifüs, kızıl, çiçek, kızamık, boğmaca) solunum sistemi hastalıkları (verem, zatürre), beyin ve nörolojik hastalıklar ile sindirim organları hastalıklarından ölümlerin dağılımını, toplam ölümlerle karşılaştırmalı olarak sunmaktadır.

1838’de binde 18 ve 1839’da binde 21 olan ölüm hızlarından büyük ölçüde *bebek ölümlerinin* sorumlu olduğu ve bulaşıcı hastalıklardan ölümlerin *önlenebilir ölümler* olduğu vurgulanmaktadır. Ölümün önde gelen nedenleri olan bu hastalıkların en çok *çalışan nüfus* arasında görüldüğü belirtilmekte ve bu kesimin aynı zamanda bu hastalıkların dayanılmaz yükünü de taşıdığını vurgulamaktadır.

Raporun **birinci** bölümünde, hastalıkların en sık görüldüğü yerler olan çalışan nüfusun barındığı bölgelerin durumu değerlendirilmektedir. Değerlendirmede açık yağmur suyu ve kanalizasyon kanalları ile bataklıklar özellikle vurgulanmaktadır. Çöplerin ortada olduğu ve kokuştugu,

kanalizasyon ve çöplerin içme suyu şebekelerine (kuyular) karıştığı belirtilmektedir. Barınakların çok kötü durumda, havasız ve kalabalık olduğu, tuvaletlerin dışarıda bulunduğu belirtilmektedir.

İkinci bölüm, çalışan nüfusun yerleşim alanlarının sağlık yönünden iyileştirilmesine yönelik alınabilecek önlemleri tanımlanmaktadır.

- Caddelerin ve evlerin atıklarının drenajı (çöplerin toplanması ve kanalizasyon)
- Caddelerin ve kaldırımların temizlenmesi, yağmur sularının drenajı
- Temiz su temini
- Bataklıkların kurutulması

Üçüncü bölümde çalışan nüfusun evleri, kaldıkları pansiyonlar ve çalıştıkları mekanlar (işlikler, maden ocakları vb), beslenme alışkanlıkları ve sağlık alışkanlıkları değerlendirilmektedir. Özellikle kötü havalandırma ve aşırı kalabalık evlere dikkat çekilmektedir.

Bu bölümde ayrıca ailelerin “yoksullara özgü” olumsuz davranışları anlatılmakta, annelerin çocuklarıyla ilgilenmedikleri, evlerini temizlemedikleri, babaların ayyaş olup eve gelmedikleri, çocukların kendi başarısına sefil bir durumda yaşadıkları belirtilmektedir.

Raporun **dördüncü** bölümü toplumdaki farklı sınıfların karşılaştırmalı yaşam şanslarını vermektedir. Ölüm vakaları mesleklerine göre ayırarak değerlendirmiştir. Soylular ve hekim, avukat gibi profesyoneller bir grupta, zanaatkarlar ve çiftçiler bir grupta ve işçiler bir grupta toplayarak, bu gruplara ilişkin ölüm sayıları ve ortalama ölüm yaşı verilmiş, bütün yerleşim yerlerinde ortalama ölüm yaşının işçilerde en düşük ve soylularda en yüksek olduğu gösterilmiştir. Bu farklılık esas olarak soyluları yaşadığı yerlerin ve evlerinin temizliğine ve işçilerin yaşadığı yerlerin ve evlerinin pisliğine bağlanmıştır.

Beşinci bölüm, sanitasyon önlemlerin ihmalinin yarattığı maddi yüklere ilişkin olup, yaşam süresinin azalması veya hastalıklar nedeniyle işgücü kaybı, insanların suça itilmesiyle polisin işinin artması, çalışamayacak hale gelenlerin yardım kuruluşlarının yükünü arttırması bakımından değerlendirilmiştir.

Altıncı bölümde sağlık standartlarını ve yaşam şansını yükseltmekte önleyici tedbirlerin etkinliğinin kanıtları verilmektedir. Kraliyet donanmasında ve cezaevlerinde bulunan alt sınıflardan insanların daha az hastalandıkları ve yaşama şanslarının arttığı belirtilerek, bunun sanitasyon tedbirlerinin sağlığın iyileşmesinde ne kadar etkili olduğunun bir işareti olduğu ifade edilmektedir. Yine işverenlerin işyerlerinde alacağı havalandırmanın iyileştirilmesi, atıkların uygun şekilde kaldırılması ve temiz su sağlanması gibi sanitasyon tedbirlerinin, bu işyerlerinde çalışan işçilerin sağlık durumunu iyileştirildiğine ilişkin gözlemler aktarılmaktadır.

Raporun **yedinci** bölümü kamu sağlığını korumak için eldeki yasaların durumu, yasaların uygulanmasında karşılaşılan sorunlar ve bu yasaların nasıl iyileştirilebileceği tartışılmaktadır. Öncelikle bölgesel sağlık kurulları (District Boards of Health) kurulması önerilmektedir. Bu kurulların esas görevi önleyici tedbirler almak, kamuoyunun dikkatini hastalıkların nedenlerine çekmek, bulaşın ortadan kaldırılması için önerilerde bulunmak olmalıdır.

Raporda belirtilen sanitasyon önlemleri mühendisler tarafından alınmalıdır. Bu konuda hekimin görevi, bu uygun idari tedbirlerin ihmalinden kaynaklanan bir hastalık ortaya çıktığında, mağdurların acılarını dindirmektir.

Sekizinci bölüm sağlık sorunlarının zirve yaptığı işçi pansiyonlarına ayrılmıştır. Bunların salgın hastalıkların yuvası olduğu belirtilmekte ve denetlenmesi gerektiğinin altı çizilmektedir.

Rapor sonuç bölümü olan **dokuzuncu** bölümle tamamlanmaktadır. Bu bölümde sorunların bir özetiyle birlikte her soruna ilişkin alınması gereken sanitasyon tedbirleri belirtilmektedir. Bunlar iki başlık altında toplanmıştır:

TOPLUMCU TIP SEMİNERLERİ

- Soruşturmaya konu olan sorunlar
- Çalışan sınıfın mevcut sağlık durumunu iyileştirme yolları

Raporun önerileri şunlardır:

- Temel, en önemli ve aynı zamanda en uygulanabilir tedbirler, kamusal olarak kanalizasyon şebekeleri yapılması, çöplerin toplanması, caddelerin temizliği ve su teminidir.
- Bunlar önündeki en büyük engel bu işlerin maliyetidir.
- Atık suların ve yağmur sularının uzaklaştırılması ve arıtılarak tarımda kullanılması en ucuz tedbirdir.
- Bu tedbirlerin mali yükü, tedbirler alındığında hastalıkların ve erken ölümlerin azaltılmasından elde edilecek kazançla kıyaslandığında ödenmeye değer bir yüküdür.
- Bu kamusal sağlık çalışmaları mühendisler tarafından tasarlanmalı ve uygulanmalıdır.
- İşyerlerinin havalandırma koşulları ve hastalıkları önleyici tedbirler bakımından denetimi serbest çalışmayan, sanitasyon tedbirleri konusunda özgün eğitim almış, yasaları uygulatabilecek bölge sağlık memurları tarafından yapılmalıdır. Bu daha denetimin daha ekonomik bir şekilde yapılabilmesini sağlar.
- Bu tedbirlerin alınması halinde çalışan sınıfların yaşama şansı 13 yıl kadar arttırılabilir.
- Bu tedbirler toplumun ahlaki bakımdan iyileşmesine de yardımcı olacaktır.

* * *

Chadwick'in emekçilerin durumunun iyileştirilmesi noktasındaki yaklaşımı, insanlık dışı çalışma ve yaşam koşulları yüzünden yaşamlarını yitiren bu insanlara salt insan oldukları için yardımcı olmaktan çok, gelişen İngiliz sanayisinin gereksinim duyduğu daha sağlıklı emekçiler sağlanması amacını öne çıkartmaktadır. Böylece yoksulların sağlığının iyileştirilmesinden bütün ulusun yarar sağlayacağını öne sürmektedir. Kuşkusuz burada ulus sözcüğünden işverenleri anlamak gerekir.

Bu argüman daha sonraki yıllarda dünyanın birçok yerinde ve Türkiye'de de, işverenleri işçi sağlığına yatırım yapmalarının aslında kendi çıkarlarına olduğu teziyle işçi sağlığına yatırım yapmaların için ikna çabalarında kendisini gösterecektir.

Ancak Chadwick 1842 yılında İngiltere'de iktidarda bulunan Muhafazakar Parti'yi raporunda önerilen iyileştirmelerin maliyetini karşılamaya ikna edememiştir. Rapor ancak 1847'de Liberal Parti hükümeti kurulduğunda yeniden gündeme alınmış ve 1848'de Kamu Sağlığı Yasası kabul edilmiştir.

* * *

Chadwick ile Villermé arasındaki farklılıklar ve benzerlikler şöyle özetlenebilir:

- Her ikisi de yoksulluk ile sağlık/hastalık ve mortalite arasında bir ilişki olduğunu ve yoksulların daha dezavantajlı olduklarını kabul etmektedirler. Ancak Villermé bu sonuca hane halklarının varlık durumu üzerinden ulaşırken, Chadwick ilk kez nüfusu sınıf esasına göre mortalite bakımından değerlendirmektedir. Türkiye'de 21. yüzyılda dahi sağlıkta sınıf değişkenini kullanan araştırmacıların çok sınırlı olduğu, dahası araştırmalarda bu değişkenin bilimsel ölçütlere uygun olarak kullanılabilmesi için genel kabul görmüş bir ölçeğin dahi oluşturulmamış olması düşündürücüdür.
- Chadwick, miyazma kuramını benimsemesi nedeniyle, Villermé'in aslında miyazmatik değişkenlerle mortalite arasında ilişki bulunmadığını, aksine bunların yoksulluğun sağlık üzerine olumsuz etkilerini maskeleyişini ortaya koyan çalışmasını göz ardı ederek, sanitasyon tedbirlerini kanalizasyon şebekeleri yapılması, çöplerin toplanması, caddelerin temizliği ve su temini ile sınırlamıştır.

- Liberal ideolojiyi benimseyen ve bu çerçevede yoksulluğun nedenini ahlaki bakımdan düşkünlük (ahlaksızlık, ayyaşlık, hovardalık, tembellik, kötü alışkanlıklar) olarak yorumlayan Villermé, bu sorunların üstesinden yoksulların bireysel çabaları ve ülkenin daha fazla sanayileşmesiyle gelinebileceğini düşünmekte, toplumsal iyileştirmeye yönelik kamusal projelere sıcak bakmamakta ve devletin toplumsal yaşama müdahale etmemesi gerektiğine inanmaktadır. Chadwick de bir liberal olmasına karşın bu konuda Villermé'den farklı düşünmekte ve kamu sağlığı noktasında devlet müdahalesini savunmaktadır.

Chadwick ile Engels arasındaki temel farklılık ise, Chadwick emekçilerin sağlıksızlığından *sağlıksız çevreyi* sorumlu tutarken, Engels'in sağlıksız çevre de içinde emekçilerin bütün sorunlarının (beslenme yetersizliği, eğitimsizlik, alkolizm vb) kaynağı olan *toplumun sosyo-ekonomik yapısını* sorumlu tutmasıdır. Chadwick'in sorunlara *işlevsel* açıdan yaklaşarak, mevcut sosyo-ekonomik sisteme hiç dokunmaksızın olumsuzlukları gidermeye çalışmakta, Engels ise sorunlara *yapısal* açıdan yaklaşarak, sorunların çözümünü, sorunların kaynağı olan *sosyal ve ekonomik düzenin değiştirilmesinde* aramaktadır.

Chadwick'in yaklaşımı tıp çevrelerinde tepkiyle karşılanmıştır. William Farr başta olmak üzere bazı aydınlar Engels'in yaklaşımını daha makul bularak, yoksulluğun yalnızca örneğin açlık yoluyla doğrudan hastalıklara yol açmakla kalmadığını, aynı zamanda aile içi huzursuzlukların ve alkol kötüye kullanımının da önemli bir belirleyicisini oluşturduğunu savunmuşlardır. Engels gibi, insanların düşük ahlaki nitelikleri ve ayyaşlıkları yüzünden yoksulluğa düşmediklerini, tam tersine yoksullukları nedeniyle ahlaken bozulduklarını ve alkolizmin pençesine düştüklerini ileri sürmüşlerdir.

Bu ve benzeri tartışmalar *günümüzde de* sürmektedir. Egemen sınıflar, yoksulların yoksulluğunun gerçek ekonomik-politik nedenlerini gizleyebilmek için bu tür ilişkileri *tersinden* kurarak insanları yanıltırlar ve mağduru suçlu ilan ederler. Kuşkusuz örneğin hırsızlık, bedenini cinsel bakımdan kiralama, ayyaşlık gibi düşük ahlaki niteliklerle yoksulluğun bir arada bulunması ve aralarında bir ilişki bulunduğu gerçektir. Fakat bu ilişki egemen ideolojinin dayattığı gibi insanların bu niteliklere sahip olmaları nedeniyle yoksul oldukları şeklinde değil, aksine yoksul insanların bunları yapmaya sürüklendikleri şeklindedir. İlişkiyi doğru kurmak epidemiyolojide ve toplum sağlığı çalışmalarında çok önemlidir.

TOPLUMCU TIP SEMİNERLERİ

Chadwick sanitasyon sorunlarını esas olarak belediye hizmetleri olarak görmektedir. Su temininin ve kanalizasyonun iyileştirilmesi gereksinimlerini mühendislik sorunları olarak tanımlayarak, halk sağlığını teknik bir uzmanlığa indirgemıştır. Bu denklemde hekimin yeri yoktur. Böylece hekimler ve sağlık kurumları çevre sağlığı veya önleyici hekimlikten uzaklaştırılmakta ve kişisel tıbbi bakım ile kamusal halk sağlığı birbirinden kesin sınırlarla ayrılmaktadır.

İngiltere’de sağlık hizmetlerinin bu şekilde ikiye ayrılması ve hekimliğin bireylere yönelik tıbbi hizmetlerle sınırlandırılması, İngilizce konuşulan ülkelerin çoğunda ve sağlık sistemleri İngiliz sömürgesi altında kaldıkları süre içinde örgütlenmiş ülkelerde koruyucu sağlık hizmetlerinin ayrı örgütlenmesine yol açmıştır. Bu olumsuzluk günümüzde dahi devam etmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetleri önce Zararlı Müfettişleri (Nuisance Inspector) daha sonra Sağlık Müfettişleri’ne (Sanitary Inspector) verilmiştir. Zaman içinde bu müfettişlerin görev kapsamı genişlemiş, gıda güvenliği, çevre sağlığı, sanayi sağlığı gibi alanlarda da hizmetler sunulmaya başlamış ve sonunda lisans eğitimiyle Halk Sağlığı veya Çevre Sağlığı müfettişleri yetiştirilmeye başlanmıştır.

Bu anlayışla caddelerin temizlenmesi, su ve sanitasyon sistemlerinin iyileştirilmesi için Merkezi bir Sağlık Kurulu oluşturulmuş ve Chadwick sanitasyon hizmetlerinin başına getirilmiştir. Chadwick’in öncelikleri sürekli taze ve temiz su sağlanması, evlere tuvalet yaptırılması ve kanalizasyon sistemi kurulmasıdır. Kanalizasyon sisteminin su sistemine karışmasını önleyecek tedbirler alınmıştır. Sığ su kuyuları kapatılmış ve yerlerine çeşmeler yapılmıştır.

Reformlar, kendilerine mali yük getirdiği gerekçesiyle rantıye kesiminin tepkisini çekmiştir. Chadwick rantıye kesime verdiği zararın bedelini Kurul’dan çekilerek ödemek zorunda kalmıştır.

KAYNAKLAR

Akalın, MA. (2000). Sağlık Ocağı Hizmetleri ve Yönetimi. İzmir: KSGB Yayınları

Chadwick, E. (1842). Report on the sanitary condition of the labouring population and on the means of its improvement. London. <http://www.deltaomega.org/ChadwickClassic.pdf>

Kuhnke, L. (1990). Lives at Risk: Public Health in Nineteenth-Century Egypt. Berkeley: University of California Press. <http://ark.cdlib.org/ark:/13030/ft5t1nb3mq/>

Novick, LF., Morrow, CB., Mays, GP. (Ed). (2001). Public health administration: principles for population-based management . Sudbury: Jones and Bartlett.

KORUYUCU HEKİMLİKTE TOPLUMCU SAĞLIĞA GİDEN YOLDA: FRIEDRICH ENGELS (1820 – 1895)

Friedrich Engels 1820 yılında Almanya’da, Barmen (şimdiki Wuppertal) kentinde doğmuştur. 1837 yılında tahsilini yarım bırakarak babasının yanında çalışmaya başlayan Engels, askerliğini yaptıktan sonra 1842 yılında yine aile şirketinin işlerine yardımcı olmak için sanayi devriminin merkezi olan Manchester’a (İngiltere) gider.

Bu dönemde İngiltere tekstil sektöründe dünya devidir. Tarımsal üretimin yoğunlaşmasıyla birlikte pazarlarda rekabet güçlerini yitiren küçük çiftçiler, Manchester gibi sanayi kentlerine akın etmiş, sanayi kentlerinin nüfusları altyapılarının kaldıramayacağı ölçüde artmıştır. Bütün bunlara bir de on dokuzuncu yüzyılın ben büyük ekonomik bunalımı (1841/1842) eklenince dönemin sefaleti başta Charles Dickens olmak üzere birçok yazarın kaleminden İngiliz edebiyatına yansımıştır.

Hekimler de emekçilerin sefaletine ilgisiz kalmamışlar, emekçilerin sağlık koşullarına ilişkin çalışmalar yapmışlardır. Dr. James Kay-Shuttleworth (1804 – 1877), 1832 yılında Manchester’ın Emekçi Sınıflarının Ahlaki ve Fiziksel Durumu başlıklı bir çalışma yayınlamıştır. Kolera salgınının patlak verdiği bu yılda havasız ve ışıksız ortamlarda çalışan emekçilerin aşırı iş yükü ve yetersiz beslenme nedeniyle fiziksel olarak tükendiklerini ve bu nedenle salgını atlatamadıklarını belirtmiştir.

Bu sefil ortamda Chartistler ve Owencılar daha adil bir toplum için mücadele ederken, hükümetin 1834 yılında kabul ettiği yeni Yoksulluk Yasası, yoksulların durumunu daha da güçleştirmiştir (Bkz. Okuma 1). Yasanın uygulanmasının gözetimi, kurulan Yoksulluk Yasası Komisyonu’na verilmiştir. 1834 – 1847 yılları arasında faaliyet sürdüren Komisyon’un sekreterliğine Edwin Chadwick getirilmiştir.

1837/8 yıllarında İngiltere'nin büyük şehirlerinde tifo salgınları patlak verir. Hükümet Chadwick'i salgın araştırmasının başına getirir ve Chadwick 1842 yılında halk sağlığını çok uzun yıllar etkisi altına alacak olan ünlü Çalışan Nüfusun Sağlık Durumu raporunu yayımlar. Engels, Manchester'da kaldığı iki yıl süresince emekçilerin yaşam ve çalışma koşullarına ilişkin edindiği izlenimlerini, Chadwick Raporu ve bu dönemde İngiltere'de yayınlanan diğer çalışmalardan da yararlanarak, *1844'te İngiltere'de İşçi Sınıfının Durumu* başlıklı kitabında yayımlar.

1844'te İngiltere'de İşçi Sınıfının Durumu

Kitabın ilk bölümlerinde sanayi devriminin beşiği olan İngiltere'de sanayileşmenin toplumsal yapıyı nasıl değiştirdiği ve işçi sınıfının nasıl doğduğu anlatılmaktadır. Binlerce yıllık insanlık tarihinde başta emekçi sınıflar olmak üzere insanların toplumsal ve ekonomik koşullarını, bir başka deyişle gündelik yaşamlarını ve kaderlerini geri dönülmez bir şekilde değiştiren gelişme, sanayi devriminin beşiği İngiltere'de ortaya çıkan Jenny ile başlamıştır: Lancashire'da dokumacılık yapan James Hargreaves'ın 1764'te icat ettiği dokuma tezgahında bir çıkırık bir iğ yerine, 16 – 18 iğ taşımakta ve tek bir işçi bu tezgahı çalıştırabilmektedir.

Böylece bir yandan işçi başına üretim geçmişle kıyaslanamayacak ölçüde artarken, diğer yandan tezgah sahibi çok daha az maliyetle yine eskisiyle kıyaslanamayacak kadar çok kar ederek üretimi sürdürebilir hale gelmiştir. Bu gelişme emekçilerin ve toplumun maddi yaşam koşullarını, gündelik yaşamlarını ve kaderlerini geri dönülmez bir şekilde değiştirmiştir.

Engels kitabında Jenny icat edilmeden ve üretime girmeden önceki toplumsal yaşamı şöyle betimlemektedir:

“Makineler gelmeden önce hammadde işçinin evinde eğiriliyor, işçinin evinde dokunuyordu. Kadın ve kız çocuk, babanın dokumada kullanacağı ipliği eğiriyor ya da baba ipliği bizzat kullanmıyorsa satıyorlardı. Bu dokumacı aileler, kentlere komşu olan kırsal alanda yaşarlar ve ücretleriyle oldukça iyi geçinir giderlerdi; çünkü iç pazar hemen tek pazardı ve dış pazarların fethi ve ticaretin genişlemesiyle sonradan gelen rekabetin ezici gücü, henüz ücretler üzerinde baskı yapmıyordu. Dahası, iç pazara dönük talepte, nüfus artışındaki

yavaşlığa ayak uyduran ve bütün işçileri istihdam eden sürekli bir artış vardı; ayrıca, evleri kırsal alana yayıldığı için işçilerin kendi aralarında hızlı bir rekabet olasılığı da yoktu.

İşte bu çerçevede dokumacı, bir kenara üç-beş kuruş ayırabileceği, boş zamanlarında ekip-biçeceği küçük bir toprak kiralayabileceği, canı istedikçe ve dilediği zaman dokumacılık yapabileceği için, istediği kadar toprak kiralayabilecek bir konumda bulunuyordu. Doğru, o kötü bir çiftçiydi, toprağını iyi işleyemiyor; çoğu zaman kötü ürün alıyordu; ama yine de proleter değildi, sürekli olarak yerleştiği o topraklarda onun da bir çıkarı vardı ve bugünkü İngiliz işçiden, toplumda bir basamak daha yukarıdaydı.

Çalışanlar oldukça rahattılar, dindar, dürüst, namuslu ve barışçıl bir yaşam içindeydiler; maddi konumları ardıllarından çok daha iyiydi. Aşırı çalışmaları gerekmiyordu; çalışmak istedikleri kadar çalışıyorlar ve gereksindikleri parayı kazanıyorlardı. Bahçede ya da tarlada sağlıkları için yararlı olan çalışma yapacak boş zamanları vardı; bu çalışmanın kendisi, onlar için bir tür dinlenme oluyordu; bunun yanı sıra, komşularının eğlencelerine ve oyunlarına da katılabiliyorlardı ve bütün bu oyunlar – bowling, kriket, futbol, vb. beden sağlıklarına, dinç kalmalarına yardım ediyordu.

Çoğu güçlü-kuvvetli, yapılı insanlardı; komşu köylülerden pek farklı bir görünümde değillerdi. Çocukları, temiz kıy havasında büyüüyordu; çalışmada ana-babalarına yardım ederlerse, bu ancak ara sıra olurdu; onlar için sekiz ya da on iki saat çalışma diye bir şey söz konusu değildi”.

Sanayi devrimi Engels’in ustaca resmetmeye çalıştığı bu yaşamı özellikle geçimlerini emekleri ile sağlayanlar için tamamen değiştirmiştir. Tarımda ve sanayide makineleşme elle yapılan üretimi hızla geriletirken, ürünlerini elleriyle üretenler makineyle üretenlere karşı rekabet edemez hale gelmişlerdir. Bu durum, ürünlerini elleriyle üretenlerin hızla işlerini yitirmelerine ve makinelerle üretenlerin yanına ücretli işçi olarak girmelerine ve bunun için iş bulabilecekleri sanayi kentlerine akın etmelerine neden olmuştur. Bu dönemde Avrupa’nın bütün sanayi kentleri hızla büyümüş, bu kentlerin nüfusları seksen yıl kadar kısa bir sürede on kat artmıştır.

Sanayi kentlerine bu kentlerdeki fabrikaların gereksiniminin çok üzerinde emekçinin yığılmasıyla birlikte bir yandan işsizlik büyürken, diğer yandan işçilerin ücretleri düşmeye başlamıştır. Fakat toplumsal yaşamdaki değişim bunlarla sınırlı değildir. Bugün sağlığın toplumsal belirleyicileri arasında önemli bir yere sahip olduğu Dünya Sağlık Örgütü tarafından da kabul edilen toplumsal ağlar yok olmaya başlamıştır:

“Sokaklardaki kargaşada, insanın midesini bulandırıcı, insan doğasını isyan ettirici bir şey var. Her sınıftan, her rütbeden birbirini geçip giden yüz binlerce kişi, aynı özellikte, aynı yetenekte, mutlulukta aynı çıkarı olan insanlar değil mi? Ve hepsi, eninde sonunda, aynı yolda, aynı şeylerde mutluluğu aramıyor mu? Yine de sanki ortak hiçbir yanları yokmuş gibi, birbirleriyle hiç ilgileri yokmuş gibi birbirlerinin önünden geçiyorlar; sözsüz tek anlaşmaları, karşı karşıya yürüyen kalabalık akıntılarının birbirinin yolunu kesmemesi için, herkesin kaldırırında kendi yakasında kalmasıdır; bu arada hiç kimse ötekine şöyle bir göz atma onurunu bahşetmeyi düşünmez.

Yaban bir kayıtsızlık, herkesin özel çıkarı içinde kendisini duygusuzca yalıtması, bu insanlar sınırlı bir alanda üst üste yığıldığı ölçüde tiksindirici ve rahatsız edici hale geliyor. Bireyin bu yalıtlanmışlığının, bu kendini düşünmeci sığığın, bugün her yerde toplumumuzun temel ilkesi olduğunun ne ölçüde bilincinde olursak olalım, bu, hiçbir yerde, burada, büyük kentte olduğu kadar utanmazca gerçek yüzünü ortaya koymuş, bu kadar kendi ayırımında olmuş değildir. İnsanlığın atomlarına ayrılışı, her biri kendi ilkesine sahip bir atomlar dünyası, burada aşırının en aşırısına varmış görünüyor.

Toplumsal savaş, herkesin herkese karşı savaşımı da bu yüzden, burada açıkça ortaya dökülmüş bulunuyor. Stirner'in son kitabındaki gibi insanlar birbirlerini yalnızca yararlı nesneler gibi görüyorlar; her biri ötekini sömürüyor ve sonuç şu ki, güçlü, güçsüzü ayağının altında eziyor ve güçlü bir avuç kişi, kapitalistler, her şeye kendileri için el koyuyorlar, zayıf çoğunluğa, yoksullara, varlığını sürdürmesi için pek az şey kalıyor”.

Daha sonra büyük sanayi kentlerinde emekçilerin yaşam koşullarına ilişkin gözlemler yer alır:

Giyim:

“Emekçilerin giysileri, çoğu durumda çok kötüdür. Bu giysilerin kumaşı en uygun olanı değildir. Hem kadınların hem erkeklerin gardırobundan yün ve keten hemen hemen kalkmış bulunuyor; onların yerini pamuklu almıştır”.

Beslenme:

“İşçiler, ancak mülk sahibi sınıf için çok kötü olan yiyecekleri elde edebilirler. İngiltere'nin büyük kentlerinde her şeyin en iyisi bulunabilir, ama iş paraya bağlı... İşçilerin aldığı patates genelde kötüdür, sebze pörsümüştür, peynir bayat ve kötü kalitedir, domuz pastırması kokmuştur, et yavan ve serttir, genellikle hastalıklı sığır etidir... Satıcılar, genelde düşük kalite mal getiren ve onları kötü oluşlarından ötürü ucuza satabilen seyyar satıcılardır... İşçilerin aldığı et, çoğu zaman yenebilme süresini aşmıştır; ama madem ki alınmıştır yenecektir”.

Barınma:

“Londra'da her sabah elli bin kişi, akşam başını nereye yaslayacağını bilmeksizin uyanıyor. Bunların içinde en şanslı olanlar da her büyük kentte bol bol bulunan pansiyonlardan birinde bir yatak kiralayabilmesine elverecek bir ya da iki peniyi akşama kadar elinde tutabilenlerdir. Ama yatak da ne yatak! Bu evler, bodrumdan tavan arasına kadar her odada dört, beş, altı yatakla dolup taşar; içine ne kadar yığılırsa o kadar iyidir. Her yatağa dört, beş, altı kişi, ne kadar olabilirse o kadar, tıkıştırılır; hasta ya da sağlıklı, genç ya da yaşlı, sarhoş ya da ayık, kadın ya da erkek, geliş sırasına göre, ayırım yapmaksızın yataklara tıkıştırılırlar... Ya bir de böyle bir sığınma yeri için ödeyecek parası olmayanlar? Onlar nerede kıvrılacak bir köşe bulurlarsa orada, yeraltı geçitlerinde, kemer altlarında, köşelerde, polisin ve mülk sahiplerinin kendilerine dokunmadığı yerlerde kalırlar. Bir avuç insan özel hayırsever derneklerinin işlettiği sığınma evlerinde, kimileri de kraliçe Victoria'nın pencerelerinin altına yakın parklardaki banklarda uyurlar”.

Çevre sağlığı:

“Kentın bu mahallesinde ne lağım vardır, ne evlerin özel helaları; o yüzden de en azından elli bin kişinin dışkısı ve öteki çöpler gece boyunca yollardaki yağmur suyu kanallarına atılır ve (çöpçülerin günlük çabalarına karşın) bir yandan bir pislik yığını olarak, bir yandan yaydığı pis kokuyla, hem sağlığa karşı aşırı ölçüde tehdit oluşturur, hem koku ve görünümüyle rahatsızlık vericidir”.

Hava kirliliği:

“Kentte oturanların ciğerleri, gerekli oksijeni alamaz; sonuç zihinsel ve bedensel dermansızlık ve canlılık yitimidir. Bu nedenle, kentlerde oturanlar, serbest normal havada yaşayan kırsal nüfusa bakışla akut ve ateşli hastalıklara daha az maruz kalırsa da süregelen hastalıklara daha çok yakalanırlar. Ve büyük kentlerdeki yaşam, o haliyle, sağlığa zararlı ise, daha önce gördüğümüz gibi her şeyin havayı zehirlemek üzere bir araya geldiği emekçi halk mahallelerinin anormal atmosferi kim bilir ne kadar zararlı etki yapmaktadır”.

Eğitim:

“İngiltere’de eğitim araçları nüfusa oranla her türlü ölçünün ötesinde sınırlıdır. İşçi sınıfına hizmet veren az sayıda okul ancak bir azınlığa yetmektedir; üstelik hepsi kötüdür. Öğretmenler, artık işi bitmiş işçiler ve bu iş için elverişsiz benzeri kişilerdir; öğretmenliğe yalnızca para kazanmak için girmektedirler; çoğunlukla, zorunlu temel bilgiden, öğretmenin çok gereksindiği ahlaksal disiplinden yoksundurlar”.

Yaşam koşullarından sonra çalışma koşullarının ayrıntılı bir tanımlaması gelir:

Rekabet:

“Rekabet, modern toplumda egemen olan, herkesin herkesle savaşının ifadesidir. Bu savaş, yaşam savaşı, var olma savaşı, her şey için savaş, gereksinim durumunda ölüm kalım savaşı, yalnızca toplumun farklı sınıfları arasında verilmekle kalmaz, bu sınıfların tek tek üyeleri arasında da verilir. Herkes bir başkasının önünde engeldir ve herkes kendi önündeki engeli bir kenara itmenin ve onun yerine geçmenin yolunu aramaktadır... işçiler de kendi aralarında sürekli rekabet halindedirler. Mekanik dokuma tezgahındaki dokumacı, el-tezgahı dokumacısıyla, işsiz ya da düşük ücretli el-tezgahı dokumacısı işi olanla ya da daha iyi ücret alanla rekabet halindedir; her biri ötekinin ayağını kaydırıp yerine geçmeye çalışır”.

“Proleter, ya burjuvazinin kendisine önerdiği koşulları kabul edecek, ya açlıktan ve soğuktan ölecek, orman hayvanları arasında çıplak uyuyacaktır!”.

Ücretler:

“Kuşkusuz her ailede, herkes çalışamaz. Konumu böyle olan aileler, eğer asgari ücretle yaşamak zorunda kalırlarsa, herkesin çalıştığı ailelere göre kötü duruma düşerler. Böylece, ücretler bir ortalama oluşturur; tümü çalışan aile, bu ortalamaya göre, oldukça iyi bir durumdayken, yalnızca birkaç kişisi çalışan aile oldukça kötü duruma düşer. Ama en kötü durumlarda, her emekçi, alıştığı ufak-tefek lükslerden vazgeçmeyi, hiç yaşamamaya yeğler; bir domuz ahırını başı üzerinde bir çatı olmamasına yeğ tutar; çıplak dolaşmak yerine çul-çaput giymeye razı olur; açlıktan ölmektense patatesle yetinmeyi kabullenir. İş olmayan birçok kişinin başına geldiği gibi, dünyanın gözleri önünde sokağa atılıp yok olmaktansa, iyi günlerin geleceği umuduyla yarım ücrete razı olur. Bu çerçevede, hiçten biraz daha fazla bir şey olan bu ufacak ücret asgari ücrettir”.

Çalışma ortamı:

“Fabrika çalışmasının işçiler üzerindeki olumsuz etkileri şunlar: (1) Harcadıkları zihin ve beden gücünün, değişmez ve durmaz bir güç merkezinin harekete geçirdiği makinelerin hareketine ayak uydurmak zorunda olması. (2) Sürekli ayakta durmanın doğal olmayan sürelerle uzaması ve kısa aralıklarla yinelenmesi. (3) Uyku yokluğu” (çok uzun saatler boyu çalışma sonucu, bacaklarda ağrı ve genel fizik düzensizlik). Bu nedenlere çoğu zaman alçak tavanlı, kalabalık, tozlu ya da rutubetli odalar, temiz olmayan hava, sıcak atmosfer, sürekli terleme de ekleniyor”.

Son olarak bu çalışma ve yaşam koşullarının emekçilerin sağlığı üzerine etkilerini inceler:

“Bu koşullarda alt sınıfın sağlıklı olması, uzun yaşaması nasıl mümkün olabilir? Aşırı ölüm hızından, sonu gelmez salgınlardan, çalışan nüfusun bedeninde ilerleyici bir kötüleşmeden başka ne beklenebilir?”

“Bir insan, bir başkasına ölüme yol açan bedensel bir zarar verdiği zaman buna adam öldürme diyoruz; saldırgan, vereceği zararın öldürücü olduğunu önceden biliyorsa o zaman buna cinayet diyoruz. Ama toplum, yüzlerce proleter, çok erken yaşta doğal olmayan bir ölümle yani kılıç ya da kurşunla ölüm gibi zorba yollardan ölümle karşı karşıya geleceği bir konuma koyduğu zaman, toplumun o yaptığı bir bireyin yaptığı gibi ve aynı kesinlikle cinayettir.

Toplum binlerce insanı yaşamın gereklerinden yoksun bıraktığı, içinde yaşayamayacakları konumlara soktuğu –kaçınılmaz sonuç olan ölüm gelinceye dek o koşullarda kalmaya yasanın güçlü eliyle zorladığı– bu binlerce mağdurun yok olacağını bildiği ve gene de bu koşulların sürmesine izin verdiği zaman, toplumun o yaptığı, bir bireyin yaptığı gibi ve aynı kesinlikte cinayettir. Örtülü, kasıtlı cinayettir; hiç kimsenin kendisini savunamadığı bir cinayettir; kimse katili görmediği için, mağdurun ölümü doğal görüldüğü için cinayet gibi olmayan cinayettir; çünkü suç bir şeyi yapmaktan çok yapmamanın sonucudur. Ama cinayettir”.

“İngiltere’de kaldığım süre içinde, en azından yirmi-otuz kişi, en isyan ettirici koşullar altında, açlıktan öldü ve olaydaki açık gerçeği gözler önüne serecek biçimde açıkça konuşma cesaretini gösterebilecek bir jüri pek çıkmadı. Tanıkların ifadesi ne kadar açık ve kesin olursa olsun, jüriyi oluşturan burjuvazi, korkunç yargıdan, açlık nedeniyle ölmüştür yargısından kaçabilmek için, her zaman bir arka kapı buldu.

Burjuvazi bu olaylarda gerçeği konuşmaya cesaret edemez, çünkü kendini suçlamış olur. Oysa doğrudan olmaktan çok, dolaylı biçimde, birçok kişi, açlık sonucu ölmüştür; çünkü uzunca bir süre doğru-dürüst gıda alamamak öyle bir güçsüzlük yaratmıştır ki, başka türlü olsa açığa çıkmayacak olan nedenler, öldürücü ciddi bir hastalık getirmiştir. İngiliz emekçiler buna toplumsal cinayet diyorlar ve tüm toplumumuzu bu suçu sürgit işlemekle suçluyorlar”.

“Şimdi İngiltere’de emekçi örgütlerinin tam bir isabetle toplumsal cinayet diye niteledikleri şeyi toplumun her gün, her saat yapageldiğini kanıtlamam gerekiyor. İşçileri, ne sağlıklarını korumalarına ne uzun yaşamalarına elvermeyen koşullar altında tuttuğunu kanıtlamam gerekiyor; o koşulların, işçilerin yaşamsal gücünü yavaş yavaş, ucun ucun tahrip ettiğini ve zamanından önce onları mezara koşturduğunu kanıtlamam gerekiyor.

Ayrıca, işçilerin sağlığı ve yaşamı açısından bu koşulların ne kadar zarar verici olduğunu toplumun bildiğini, ama o koşulları düzeltmek için hiçbir şey yapmadığını da kanıtlamam gerekiyor. Yaptığının sonuçlarını bildiğini, bu nedenle eyleminin, basitinden adam öldürme değil cinayet olduğunu, resmi belgeleri, parlamento ve hükümet raporlarını, suçlamamın belgeleri olarak ortaya koyduğum zaman kanıtlamış olacağım”.

“Kentlerin en kötü kesimlerindeki işçi evlerinin, bu sınıfın öteki yaşam koşullarıyla birlikte, sayısız hastalığa neden olduğunu herkes doğruluyor. ... Londra’nın özellikle de emekçi nüfusun yaşadığı mahallelerin kötü havasının, en yüksek derecede vereme elverişli olduğunu, çok sayıda insanda hummaya rastlanması yeterince gösteriyor. ... Çok yaygın görülen tifüs, resmî raporlarda işçi sınıfının sağlık koşullarına ve evlerin havalandırma, lağım ve temizlik konularındaki kötü durumuna bağlanıyor”.

“Bir başka hastalıklar kategorisi, işçilerin konutlarının koşullarından çok doğrudan gıdadan ortaya çıkıyor. İşçinin, zaten hazmedilir türden olmayan gıdası küçük yaştaki çocuklar için hiç uygun değil; işçinin de çocukları için daha uygun gıdalar sağlamak için ne zamanı, ne parası var. Ayrıca, çocuklara alkollü içki hatta afyon verme geleneği de çok yaygın ve beden gelişimine zararlı olan öteki ev koşullarıyla birlikte bu iki neden, sindirim organlarında çok farklı hastalıklara yol açıyor; gerisinde yaşam boyu süren olumsuz izler bırakıyor”.

“Ölüm oranının bu kadar yüksek olması, başlıca, işçi sınıfında küçük çocuk ölümlerinin çok fazla olmasından ileri geliyor. Küçük çocuğun narin bedeni, yaşamdaki talihsizliğin olumsuz etkilerine daha az karşı durabiliyor. Hem ananın hem babanın çalıştığı ya da birinin öldüğü durumlarda çocukların karşı karşıya kaldığı ihmal, hemen öcünü alıyor.

Alıntıladığımız son rapora göre, işçi sınıfı çocuklarının yüzde 57’sinin beş yaşına gelmeden ölmesine karşılık üst sınıflardan çocuklar arasında bu oranın yüzde 20 olmasına ve ülke genelinde beş yaşına henüz gelmemiş her sınıftan çocuklar arasında oranın yaklaşık yüzde 32 olmasında şaşılacak hiçbir şey yok”.

“İşçi sınıfı için bir başka maddi kötülük, hasta oldukları zaman yetkin doktorlara görünmelerinin olanaksızlığıdır. ... İngiliz doktorlar yüksek vizite ücreti alıyorlar; emekçiler o ücreti ödeyebilecek konumda değil. O nedenle hastalanınca ya hiçbir şey yapmıyorlar ya da ucuz sahte doktorlara gidiyorlar, kocakarı ilacı kullanıyorlar; o da yarardan çok zarar veriyor”.

“Ama bunun yanı sıra, fabrika işinin, özellikle zararlı olan başka türleri de var. Pamuklu ve keten iplik eğirme fabrikalarının birçok odasında, havayı lif tozları sarar; bu tozlar, özellikle taraklama odalarında çalışan işçilerde göğüs hastalıklarına neden olur. Bazı insanlar buna dayanabilir, bazıları dayanamaz; ama işçinin seçeneği yoktur.

O hangi odada iş bulursa orada çalışmak zorundadır; göğsü dayanıklı olsun ya da olmasın. Bu tozu akciğerlerine çekmenin en yaygın sonucu kan tükürmek, gürültüyle ve

zorlayarak nefes almak, göğüs ağrıları, öksürme, uykusuzluk, kısacası astımdır; had safhada veremle son bulur”.

“Erkekler, yaşama ve çalışma koşulları nedeniyle çok erken yıpranıyorlar. Çoğu kırk yaşında çalışamaz duruma geliyor; pek azı kırk beşine kadar dayanıyor; elliye kadar gelebilen hemen yok gibi. Bu yalnızca bedenin genel zayıflamasının sonucu değil, ama onun yanı sıra çoğu zaman, gözlerin iyi göremez hale gelmesinin sonucu; göz bozukluğu çıkırık makinesinden ileri geliyor; çünkü işçinin, uzun ince ve paralel iplik liflerinden gözünü hiç ayırmaması, gözünü onlara dikip bakması gerekiyor; bu, görmeyi büyük ölçüde zorlaştırıyor”.

Tartışma

Kitabında sanayileşmenin ortaya çıkardığı toplumsal ve çevresel koşulları tanımlayan Engels, politik ekonominin örgütlenmesinin bu koşulları nasıl yarattığını tartışmıştır. Bugün antropoloji, kentsel sosyoloji ve toplumcu tıp klasikleri arasında yer alan bu kitap koruyucu hekimlikten toplumcu sağlığa giden yolda şu nitelikleriyle bir köşe taşı oluşturur:

- Hastalıkların ve vakitsiz ölümlerin köklerinin, üretimin örgütlenmesi ve toplumsal çevre içinde yattığı tezinin (toplumcu sağlık tezi) ilk ifadesidir.
- Villermé, hastalıklarla yoksulluk arasındaki ilişkiyi ortaya koymuş, fakat sorunun çözümünü yanıtsız bırakmıştı. Chadwick ise sorunların sosyo-ekonomik yapıya dokunmadan sanitasyon tedbirleriyle çözülebileceğini savunmuştu. Engels çalışmasında sanayileşmenin emekçileri nasıl kaçınılmaz olarak hastalıklara neden olan koşullarda yaşamaya ve çalışmaya zorladığını kanıtlamış ve hastalık ve ölüm üreten bu koşulların toplumsal bir devrimle değiştirilmesi gerektiğini söylemiştir.
- Toplumsal yapı (düzen) ile fiziksel hastalıklar arasındaki nedensel ilişki açık bir şekilde ortaya konmuştur.

TOPLUMCU TIP SEMİNERLERİ

Emekçilerin (erkek, kadın ve çocuk) işten kaynaklanan sağlık sorunlarının ilk kez bu kadar kapsamlı bir biçimde ele alındığı bir çalışma olup, gelecek yüzyıllarda bu alanın hekimlik içinde özgün bir alan (işyeri hekimliği) haline gelmesine önayak olmuştur. Kitapta ele alınan başlıca işçi sağlığı sorunları şunlardır:

- Çevresel toksinler, kurşun zehirlenmesi vb
- Enfeksiyon hastalıkları (tbc, tifüs vb)
- Beslenme ve gıda temini sorunlarından kaynaklanan hastalıklar
- Alkolizm
- İş kazaları
- Meslek hastalıkları
- Mesleğe özgü mortalite hızları

Friedrich Engels esas olarak kapitalist üretim biçimi ile hastalık arasındaki bağlantıya odaklanır. Hastalıkların hijyenik şartların olmayışı, riskli çalışma koşulları, çocuk emeğine bağımlılık, olumsuz barınma koşulları, yetersiz beslenme ve yoksullukla karakterli yaşam koşullarının ürünü olduğunu savunur fakat bunların da nedeni toplumun sosyo-ekonomik düzenidir. Engels sağlık personelinin eşitsiz dağılımının yarattığı sorunlara da değinir.

Villermé, Paris'te 1817 nüfus sayımı, emlak kayıtları, 1820 mali istatistikleri ve 1817 – 1826 yılları arasındaki ölüm kayıtları verilerini kullanarak yaptığı çalışmada insanları yalnızca varlıklarına göre zenginler ve yoksullar olarak iki kategoriye ayırmış ve bunlar arasında mortalite hızları bakımından bir farklılık olduğunu ortaya koymuş ve mortalite üzerine miyazmatik faktörlerin değil, fakat yoksulluğun etkisinin olduğu yargısına ulaşmıştı.

İngiltere’de de (Manchester) benzer bir yöntemle çalışan Dr. P. H. Holland, sokakları ve bu sokaklardaki evleri zenginlik durumlarına göre en zenginden, en yoksula birinci sınıftan üçüncü sınıfa sınıflandırarak, bu evlerde görülen ölüm vakalarını karşılaştırmıştır. Üçüncü sınıf sokaklardaki üçüncü sınıf evlerde (en kötü evler) ölüm hızı 25’de 1 iken, birinci sınıf sokaklardaki birinci sınıf evlerde (en iyi evler) ölüm hızı 51’de birdir.

Edwin Chadwick ise Villermé ve Holland’dan ve birçok diğer araştırmacıdan farklı olarak, tarihte ilk kez, araştırmasında sınıf değişkenini kullanmıştır.

İngiltere’nin ağırlıklı ekonomik etkinlikleri bakımından farklı beş bölgesinde, 1837 – 1841 yılları arasında gerçekleşen ölüm vakalarını (ortalama ölüm yaşı), ölenleri mesleklerine göre ayırarak değerlendirmiştir. Soyluları ve hekim, avukat gibi profesyonelleri bir grupta, zanaatkarlar ve çiftçileri bir grupta ve işçileri bir grupta toplayarak yaptığı değerlendirme sonucunda tarımsal etkinliğin başat olduğu Rutlandshire ve Wilts’de ölenlerin yaş ortalaması sırası ile 52 ve 50 olup, en uzun yaşam şansını temsil ederken, başat ekonomik etkinliği sanayi ve ticaret olan Manchester, Liverpool ve Bethnal Green’de bu ortalamalar sırasıyla 17, 15 ve 16 olup en kısa yaşam şansını temsil etmektedir (buradaki “yaşam şansı”, günümüzde kullanılan “yaşam beklentisi” belirteçini tam olarak karşılamamaktadır).

Chadwick’in bu çalışmasını —işçi sınıfı çocuklarının yüzde 57’sinin beş yaşına gelmeden öldüğü” bilgisiyle bir araya getiren Engels, bu durumu şöyle yorumlamaktadır:

“Ölüm oranının bu kadar yüksek olması, başlıca, işçi sınıfında küçük çocuk ölümlerinin çok fazla olmasından ileri geliyor”.

Sonuç olarak Engels’in toplumcu sağlık anlayışının oluşumuna katkısı şu cümlesiyle özetlenebilir:

“İşçi sınıfının sefil durumunun nedeni, o ufak-tefek yakınma konularında değil, ama kapitalist sistemin kendisinde aranmalıdır”.

Böylece başta Virchow olmak üzere ardıllarının sağlık/hastalık ve ölümlerin nedenini arayan gözlerini kapitalist üretim ilişkilerine çevirmelerini sağlamıştır.

Engels'in bu çalışmasından sonra Avrupa'da 1848 devrimleri yaşanmış, Engels, arkadaşı Marx ile birlikte Marksizm'in temel kitabı olan Komünist Manifesto'yu yayınlamış (1848), Avrupa emekçileri Birinci Enternasyonal'de (1864 – 66) birleşmiş ve 1871'de Paris'te iktidarı ele almıştır. İşçi sınıfının bu mücadelesi karşısında sermaye, egemenliğini sürdürebilmek için karlarının bir bölümünden vazgeçmek ve işçi sınıfının yaşam ve çalışma koşullarında büyük iyileştirmelere gitmek zorunda kalmıştır.

İngiltere'de bu süreçte çevre sağlığında nelerin değiştiğini Engels, kitabının İngilizce baskısı için 1892 yılında yazdığı önsözde şöyle ifade etmektedir:

“Kolera, tifüs, çiçek ve öteki salgın hastalıkların tekrar tekrar ortaya çıkması, İngiliz burjuvaya, eğer kendini ve ailesini bu hastalıklardan koruyacaksa, kasaba ve kentlerde sağlık koruma kurallarına hemen uyulması gereğini göstermiştir. Böylece, bu kitapta anlatılan en göze batır rezillikler ya tümünden ortadan kalkmış ya göze daha az çarpar olmuştur. Kanalizasyon, varsa iyileştirilmiş, yoksa yeniden yapılmıştır; betimlemek zorunda kaldığım en kötü ‘gecekonduların’ bir başından öteki ucuna geniş caddeler açılmıştır”.

Kuşkusuz 1848 Kamu Sağlığı Yasası ile hastalıkların sosyo-ekonomik belirleyicilerine dokunmadan, genel hijyen koşullarının düzeltilmesiyle de emekçilerin sağlık koşullarında belli bir iyileşme sağlanmıştır; fakat hastalıkları üreten toplumsal koşullar varlığını sürdürmeye devam etmiştir.

KAYNAKLAR

Akalın, MA (2012). Koruyucu Hekimlikten Toplumcu Sağlığa Giden Yolda:Louis-René Villermé (1782 – 1863).

Clark, B ve Foster, JB. (2006). An Introduction to Selections from Frederick Engels's The Condition of the Working Class in England in 1844. Organization and Environment, 19(3): 375 – 388.

Engels, F. (1845[1997]). İngiltere’de İşçi Sınıfının Durumu. İstanbul: Sol Yayınları.

Kay-Shuttleworth, J. (1832). The Moral and Physical Condition of the Working Classes of Manchester. London : Ridgway

Krieger, N. ve Birn, A. (1998). A Vision of Social Justice as the Foundation of Public Health: Commemorating 150 Years of the Spirit of 1848. American Journal of Public Health, 88(11): 1603 – 1606.

Waitzkin, H. (1981). The Social Origins of Illness: A Neglected History. International Journal of Health Services, 11(1): 77 – 103.

Wilkinson, R ve Marmot ,M. (2003). The Solid Facts. Social Determinants of Health . İkinci Basım. WHO: Denmark.

YUKARI SİLEZYA TİFÜS SALGINI RAPORU (1848)

Rudolf Virchow 1821'de Almanya, Schivelbein'de doğdu. Berlin Askeri Tıp Fakültesi'nden (Friedrich- Wilhelm Enstitüsü) 1843'de mezun oldu. Berlin'de Charité Hastanesi'nde intörlüğünü tamamladıktan sonra lisans sınavını vererek hekim unvanı aldı ve Robert Froriep'in yanında patoloji eğitime başladı. 1847'de askeriyeden ayrılarak Charité Hastanesi'ndeki görevine ek olarak Berlin Üniversitesi'nde öğretim görevlisi oldu.

Çok renkli ve fırtınalı bir yaşam süren Virchow'un detaylı bir biyografisini sunan Ackerknecht, Virchow'un yaşamında başlıca dört alanda sivrildiğini belirtmektedir: patoloji, halk sağlığı, antropoloji (Truva'nın ortaya çıkartılması dahil) ve politika. Virchow'a “Patoloji'nin Babası”, “Alman Hekimliği'nin Babası” ve “Toplumcu Tıbbın Babası” unvanları layık görülmüştür.

80 yıllık yaşamına iki binden fazla eser sığdıran Virchow'un tıbbı en önemli katkılarından biri, patolojik sürecin temel birimi olarak hücre kuramının kapsamlı bir şekilde sunulduğu Hücresel Patoloji'dir. Ancak bu çalışmada Virchow, toplumcu tıp yaklaşımının oluşumu ve gelişimine katkısı bakımından ele alınacaktır.

1847/8 kışında nüfusunun çoğunluğunu Polonyalı azınlığın oluşturduğu, ekonomik bakımdan çöküntü içinde olan bir Prusya eyaleti olan Yukarı Silezya'da büyük bir salgın patlak vermiştir. Birkaç yıldır bölgede hüküm süren kıtlığa salgının eklenmesiyle durum bir skandal halini almaya başlayınca, merkezi hükümet kendisini bir şeyler yapmak zorunda hissetmiştir.

Bu dönemde böyle durumlarda uygulanan standart izlek, bölgeye dışarıdan bir uzman heyet göndermek ve hazırlanan rapora göre gerekli tedbirleri almaktır. Bu kez görev için genç (mesleğinin üçüncü yılında) bir hekim olan Virchow uygun bulunmuştur. Virchow Yukarı Silezya'da salgının patlak verdiği kömür madenlerinde 20 Şubat – 10 Mart 1848 tarihleri arasında madencilerin ve ailelerinin yaşam ve çalışma koşullarını incelemiş ve bir Rapor hazırlamıştır.

TOPLUMCU TIP SEMİNERLERİ

Rapor, Yukarı Silezya'nın coğrafi, antropolojik ve toplumsal bakımdan tanımıyla başlamaktadır:

- Bölgenin coğrafi yapısına, iklimine, yeryüzü şekillerine, jeolojisine, nehirlerine ve ormanlarına ilişkin bilgiler, bunların yerleşim, sanayi ve tarımla ilişkileri içinde verilmektedir.
- Bölgenin kısa tarihi ile birlikte toplumun kökenleri, dili ve özellikleri sunulmaktadır. Polonya ile Almanya arasında bulunan Alman işgali altındaki bu bölgenin ne kadar geri, gelişmemiş ve yoksul olduğu anlatılmaktadır.
- Bölgenin toplumsal, politik ve idari yapısına ilişkin bilgiler verilmektedir. Katolik Kilisesi'nin toplum üzerindeki etkisi, yerel ve merkezi hükümetlerin sorunlara yaklaşımları ve vergi sisteminin özellikleri (adaletsizliği) tartışılmaktadır. Toplumsal katmanlaşma (büyük toprak sahipleri ve topraksız köylüler, maden işçileri) ve sonuçları, bölgenin tarımsal ve endüstriyel olarak içler acısı hali tanımlanmaktadır.

Rapor, toplumun barınma koşullarını, eğitim durumunu, beslenme alışkanlıklarını, alkol kullanımını ve toplumda yaygın geleneksel tıp uygulamalarını tanımlayarak devam eder:

- Barınma koşulları altında, ev tipleri (mimarisi), hane halkı büyüklükleri ve evlerini ısıtmakta kullandıkları yöntemler, ayrıntılı olarak incelenmektedir.
- Beslenme yetersizliği prevalansı detaylı olarak sunulmakta ve beslenme yetersizliğinin hastalıklara yatkınlık yaratması ve hastalığın gidişi ve sonucu üzerine yıkıcı etkileri açıklanmaktadır.
- Bölgede olumsuz hava koşullarına bağlı yaşanan kıtlığın toplum sağlığı üzerine etkileri tartışılmaktadır. Kıtlıktan özellikle yoksulların etkilendiği belirtilmektedir.

Bu dönemde tıp henüz tifüs, tifo ve tekrarlayıcı ateş arasında açık bir ayırıcı tanıya gidememektedir (bunların bakteriyolojik etmenleri yüzyılın sonunda ortaya konabilecektir). Virchow hastalığının (tifüs) tanı ve diğer salgın hastalıklarla ayırıcı tanı ölçütleriyle ayrıntılı bir şekilde tanımını

yapmaktadır. Hastalık uygun tedavi edilmediği takdirde ortaya çıkabilecek komplikasyonları sıralamaktadır. Dokuz vaka sunumu vermektedir.

Hastalığın patolojisini tanımlar ve bulguları sıralarken, bunları beş otopsi raporu ile desteklemekte ve özetlemektedir.

Hastalığın nedenlerine ilişkin bölümde, öncelikle tifüs etiyolojisine ilişkin mevcut kuramları ve düşünceleri sıralamakta ve bunları değerlendirmektedir. Bu kuram ve düşüncelerin hiç birinin salgını açıklayamadığını belirten Virchow, tifüsü (elinde biyolojik bir kanıt bulunmamasına karşın) bulaşıcı bir hastalık olarak tanımlamaktadır.

Rapor salgına ilişkin epidemiyolojik bir çalışma ile devam eder:

- Bölgedeki endemik hastalıkları tanımlamakta ve bunların özelliklerini sıralamaktadır.
- Salgına ilişkin morbidite ve mortalite rakamlarını veren Virchow vakaya özgü ölüm hızını hesaplar.
- Vakaları yaşlarına, cinsiyetlerine, mesleklerine ve toplumsal sınıflarına göre sınıflandıran Virchow, çeşitli toplumsal sınıflar arasındaki morbidite ve mortalite farklılıklarını ortaya koyar.
- Vakaların bireysel fiziksel durumlarını ve beslenme alışkanlıklarını aktararak, bireylerin hastalığa karşı olası yapısal yatkınlıklarını tartışır.
- Vakaların bireysel özellikleri arasında kişisel hijyen, eğitim düzeyleri, uyku alışkanlıkları, geleneksel tedavi yöntemleri ve alkole yatkınlık gibi özelliklerini değerlendirir ve bunların salgınla olan ilişkilerini tartışır.
- Geçirilmiş enfeksiyonlara bağlı bir bağışıklığın varlığına ilişkin güçlü kanıtlara işaret ederek, bazı vakalardaki hafif klinik seyri açıklar.

TOPLUMCU TIP SEMİNERLERİ

Bu dönemde henüz tifüs tedavisinde yeterli gelişme sağlanamamış olduğundan, Rapor’unda hastaların tedavisine yönelik fazla öneri yer almamaktadır.

Salgına yönelik alınması gereken kısa erimli ve ileride benzer bir salgından kaçınabilmek için alınması gereken uzun erimli önlemler sıralanmaktadır:

o Kısa erimli önlemler:

- Profesyoneller ve bölge halkının temsilcilerinden ortak bir planlama komitesi oluşturulması
- Hekimler, yerel ve merkezi devlet görevlilerinden oluşan kurumlar arası bir konsey oluşturulması,
- Yoksullara gıda temininin örgütlenmesi
- Yeni vakalar için bir bildirim/uyarı sistemi oluşturulması
- Tıbbi bakımın örgütlenmesi

o Uzun erimli önlemler:

- Tam ve sınırsız demokrasi, demokratik bir hükümet
- Kısmi özyönetim ve yerel yönetimin geliştirilmesi
- Ücretsiz ve anadilde eğitim (kızlar dahil)
- Devlet ve kilisenin mutlak ayrımı
- Mevcut vergi sisteminde reformla yükün yoksullardan zenginlere aktarılması

- Tarımın iyileştirilmesi (toprak reformu) ve sanayinin geliştirilmesi
- Hızlı kalkınma ve yaşam standartlarının yükseltilmesi için bölgeye uzmanlar gönderilmesi
- Yollar yapılması
- Gıda ambarları oluşturulması ve kooperatifleşme

“Artık sorun bir tifüslü hastayı veya diğerini ilaçlarla veya gıda, barınma ve giyim düzenlemeleriyle tedavi sorunu değildir. Şimdi sorunumuz moral ve fiziksel bakımdan bozulmanın en alt düzeyindeki bir buçuk milyon yurttaşımızın sosyoekonomik durumudur. Bir buçuk milyon kişi söz konusu olduğunda palyatif tedbirler işe yaramaz. Sorunu çözmek için radikal olmalıyız. ... Yukarı Silezya’ya müdahale etmek istiyorsak, bütün nüfusun iyileştirilmesiyle işe başlamalıyız ve genel ortak çabayı harekete geçirmeliyiz... İnsanlar gereksindikleri şeyi kendi çabalarıyla elde etmelidir”.

Rapor’un Toplumcu Sağlık Yolundaki Yeri ve Önemi

Daha önce de belirtildiği gibi Virchow’un Raporu tarihteki ilk salgın incelemesi olmayıp, dönemin Avrupa ülkelerinin çoğunda bilinen rutin bir uygulamadır. Raporu farklı kılan ve tarihsel bir belge haline getiren hazırlanmasında kullanılan yöntemdir.

Rapor, sunulduğu makamlarda kelimenin tam anlamıyla bir şok etkisi yaratmıştır. Bu döneme kadar salgın incelemelerinde hazırlanan raporlar da, Virchow’un Raporu gibi önce bölgeyi coğrafi, antropolojik ve toplumsal bakımdan tanıtmakta, fakat bölgenin antropolojik ve özellikle toplumsal özellikleriyle sağlık sorunu arasında bir ilişki aranmamaktadır. Oysa Virchow bölgenin bu özelliklerini salgına olası etkileri yönünden değerlendirmekte ve her birinin tek tek salgının ortaya çıkmasına, seyrine, morbidite ve mortaliteye nasıl katkıda bulunduğunu kanıtlarıyla birlikte ortaya koymaktadır.

Salgının epidemiyolojik olarak analizi de bir yenilik değildir. Uzun zamandır hekimler vakalarını yaşlarına, cinsiyetlerine, mesleklerine göre ayırmakta, bireylerin barınma, beslenme, eğitim durumu gibi özelliklerini değerlendirmektedir. Virchow'un farkı, bu değişkenlerle hastalık arasındaki ilişkileri sınıfsal bir yaklaşımla tartışmaktır. Raporu sıra dışı yapan, her bir değişkenin tek tek farklı sınıflardaki morbidite ve mortaliteye katkıları bakımından ayrıntılı olarak değerlendirilmesidir.

Virchow'un bu çalışması aynı zamanda hastalıkları toplum düzeyinde anlamakta niceliksel yaklaşımın ilk örneklerindendir. Özgül ajanlar veya maruziyetlerin önemi kabul edilmekle birlikte, hastalığın açıklanması bu faktörlere indirgenmemektedir.

Toplumun bütün kesimlerini değil, yalnız dezavantajlı kesimlerini etkileyen salgınların suni (yapay) salgınlar olduğunu ileri süren Virchow, bu salgınlardan toplumsal eşitsizlikleri sorumlu tutar:

“Sunî salgınlar toplumun ürünleridir, yapay bir kültürün veya bütün sınıflara açık olmayan bir kültürün ürünleridir. Bunlar politik ve toplumsal örgütlenme tarafından üretilen kusurların göstergeleridir ve bu nedenle esas olarak kültürün avantajlarından yararlanmayan sınıfları etkilerler”.

Rapor'un alınmasını önerdiği önlemler kısmı ise tamamen sıra dışıdır. Virchow'un önerilerini sıra dışı yapan, hastalığın ve salgının etiyojisine ilişkin yaklaşımıdır. Hastalığın oluşmasına ve gelişmesine katkısı olan bütün etiyojik etmenlere yönelik önlemler, kısa erimli ve uzun erimli olarak sıralanmıştır. Yani Virchow'un önerdiği önlemler kadar, bunları önerme nedenleri Rapor'u sıra dışı kılmaktadır.

Profesyoneller ve bölge halkının temsilcilerinden ortak bir planlama komitesi oluşturulması

Günümüzde buna sağlık hizmetlerine toplum katılımı diyoruz. Virchow bunu Rapor'unda, günümüzde çoğu kez kullanıldığı gibi içi boş bir slogan olarak değil, bu planlama toplumun katılımı sağlanmadan yapıldığı takdirde, yani toplumun gereksinimleri belirlenmeden yapıldığında alınacak önlemlerin etkin olmayacağını kanıtlarıyla ortaya koyarak yazmıştır.

Hekimler, yerel ve merkezi devlet görevlilerinden oluşan kurumlar arası bir konsey oluşturulması, yoksullara gıda temininin örgütlenmesi

Günümüzde buna sektörler arası işbirliği diyoruz. Virchow bunu Raporunda, yine günümüzde çoğu kez kullanıldığı gibi içi boş bir slogan olarak değil, bu işbirliği yapılmadığı takdirde salgınla baş edilemeyeceğini kanıtlarıyla ortaya koyarak yazmıştır. Biyolojik etmenler yanında sosyo-ekonomik ve politik etmenlerin de oluşumunda ve gelişiminde katkısı bulunan sağlık sorunlarının, bu doğaları gereği salt tıbbi tedbirlerle çözülemeyeceği; yani sosyal, ekonomik ve politik tedbirlerin de alınması gerektiği, bu tedbirleri sağlıkçıların almasının mümkün olmadığı ve bu nedenle sektörler arası işbirliğinin şart olduğu anlatılmaktadır. Örneğin sağlıkçı bu konseyde beslenme yetersizliği sorununu ortaya koyacak, ama çözümü için gerekli adımları sağlık dışındaki kurumlar atacaktır.

Yeni vakalar için bir bildirim/uyarı sistemi oluşturulması ve Tıbbi bakımın örgütlenmesi

Bu önerilerden ne kastedildiğini anlamak için, dönemin tıbbi hizmetleri örgütlenme anlayışı anımsanmalıdır. Bu dönemde sağlık bireysel bir sorun olarak algılandığından, tıbbi hizmetlerin örgütlenmesi de bireysel sağlık sorunlarına yöneliktir. Her ne kadar salgın hastalıklar çok sayıda bireyi aynı anda etkilediği ve çözümlerinin bireylerin tek tek tedavisi dışında daha genel, daha topluma yönelik önlemler (karantina önlemleri, sanitasyon çalışmaları vb) almayı gerektirdiğinin farkına varılmış olsa da, henüz buna uygun bir etkin yapılanma (bulaşıcı hastalıklar için genel bir bildirim sistemi) örgütlenmemiştir. Koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bütüncül olarak sunulduğu bir sağlık hizmeti anlayışı neredeyse bir yüzyıl ileridedir. Virchow bu önerileriyle topluma yönelik sağlık hizmeti sunacak örgütlenmelere olan gereksinime vurgu yapmaktadır.

“Gelecekte gözlerimizin önünde Yukarı Silezya’da ortaya çıkan duruma benzer durumlar nasıl önlenebilir sorusunun mantıklı yanıtı çok kolay ve basittir: eğitim ile birlikte özgürlük ve refah”.

Raporun uzun erimli önlemleri 21. yüzyılda dahi birçoklarına oldukça radikal ve bir hekimin kaleminden çıkması “beklenmeyecek” öneriler gibi görünebilir. Çoğu insan örneğin tifüs salgınının bir daha tekrarlanmaması için neden sınırsız demokrasiye gereksinim olduğunu veya neden kız çocuklarının okula gönderilmesi gerektiğini anlamakta güçlük çekebilir. Hele Kilise ile devletin

ayrılmasının, Kilisenin toplumsal yaşama müdahalesinin önlenmesinin sağlıkla ilgili bir tedbir olarak tanımlanması kolay anlaşılır bir şey değildir. Bütün bunların ve diğer birçok şeyin sağlık/hastalıkla ne ilgisi olduğunun anlaşılabilmesi için Virchow'un bunları neden önerdiğine bakmak gerekir.

Diyalektik Maddeciliğin Tıbbı Uygulanması

Virchow'un Raporunu farklı kılan ve onu bir tıp klasiği haline getirenin yalnız önerileri değil, yöntemi olduğu belirtilmişti. Bu yöntem diyalektik maddeci yöntemdir.

Virchow'un biyolojik ve toplumsal sorunlara diyalektik yaklaşımının kaynağı Hegel'dir. Biyolojik düzeyde, humoral – solidistik (bu dönemde patogeneze ilişkin iki zıt yaklaşım) veya vitalistik (dinamik) – mekanistik ikilikler gibi doğal süreçleri, hücresel patoloji gibi sentezlerle çözümlenen bir dizi antitezler olarak algılar. Toplumsal düzeyde de tarihsel süreçleri diyalektik olarak değerlendirir.

Ancak Hegel'in idealizmini reddeder ve maddeci bir anlayışı benimser. Maddeci anlayış, olayların ve olguların arkasında metafizik (büyü, sihir, tanrısal bir ceza vs.) değil, somut maddi nedenler aramaktır. Virchow maddeci yaklaşımın tıptaki dogmaların yerini alması gerektiğini savunur.

Virchow biyolojide diyalektik maddeci bir yaklaşım oluşturmak amacıyla Engels'in İngiltere'de İşçi Sınıfının Durumu çalışmasının bazı verilerinden yararlanarak hastalıkların arkasındaki somut maddi koşulları göstermeye çalışmıştır.

Virchow salgın incelemesinde tarihte ilk kez diyalektik maddeci yaklaşımı tıbbı uygulamıştır. Hastalığın ortaya çıktığı somut tarihsel ve maddi koşullara ve toplumsal çelişkilere vurgu yapmasının nedeni budur. Bütün bunları diyalektik bir yaklaşımla, yani birbirlerinden soyut, yalıtık olgu ve olaylar olarak değil, birbirleriyle karşılıklı ilişkileri içinde değerlendirmiştir.

Çok-etmenli etiyolojik analizin temelinde de bu diyalektik maddeci yaklaşım yatmaktadır. Ancak böyle bir yaklaşımla beslenme yetersizliği ve tifüs gibi aslında birbirlerinden çok farklı görünen olgular arasında anlamlı bir ilişki kurulabilir. Beslenme yetersizliğinin nasıl bireyleri tifüse karşı

zayıf düşürdüğünü (ve mortalitenin bu nedenle arttığını) ancak diyalektik bir yaklaşım ortaya çıkartabilir. Ancak böyle bir yaklaşımla neden bu nedensel etmenlerin insanların gündelik maddi yaşam koşulları olduğunu açıklanabilir.

İyi bir hekimlik pratiği için hekimin mesleki pratiğinde diyalektik maddeci yöntemi kullanması çok önemlidir. Koruyucu hekimlikten toplumcu sağlığa giden yolda Virchow'un en büyük katkısı, diyalektik maddeci yaklaşımı tıp pratiğine uygulama çabasıdır.

Virchow'un Toplumcu Sağlık/Tıp Yaklaşımına Diğer Katkıları

Koruyucu hekimlikten toplumcu sağlığa giden yolda en önemli dönemeç, insanların maddi yaşam ve çalışma koşulları ve toplumsal üretimde üretim araçları karşısındaki konumlanışları ile sağlıkları arasındaki ilişkinin ortaya konmasıdır:

Villermé, azrailin vaktinin çoğunu yoksullar arasında geçirdiğini kanıtlamış ve böylece toplumsal etmenlerle sağlık arasındaki ilişkiyi gün yüzüne çıkartmıştır.

Chadwick, hastalıklardan korunabilmek için tıbbi müdahaleler dışında müdahalelerin de gerekli olduğunu kanıtlamış ve böylece tek tek hastaların tedavisi yanında sağlık için topluma yönelik girişimlerin önünü açmıştır.

Engels, hastalıkların nedenlerini arayanların gözlerini kapitalist üretim ilişkilerine çevirmelerini sağlamıştır.

Tıbbın yalnızca hastalıkların değil, aynı zamanda sağlığın da bilimi olduğu düşüncesi 1830'larda Fransız hekimler arasında yaygınlaşmıştır. Sağlığı korumaya yönelik sanitasyon çalışmaları gündelik yaşamın bir parçası haline gelmiş, tıbbın yalnızca insanlar hastalandıklarında değil, sağlıklı iken de insanlara hizmet edebileceği kanıtlanmıştır.

Tıp kendisini yalnızca hastalıkların tanı ve tedavisiyle sınırlandırmayı terk etmeye başlayınca sosyalleşmeye başlamıştır. Sosyal tıp terimi ilk kez Jules Guérin tarafından 1848 Mart'ında Paris

Tıp Gazetesi'nde yayınlanmıştır. Ancak bu terim tıp ve toplum arasındaki ilişkilere gönderme yapmakta olup, toplumcu sağlık kavramıyla karıştırılmamalıdır.

Virchow Yukarı Silezya'ya giderken dağarcığında bu birikim yanında, Almanya'da 1847 yılında Salomon Neumann'ın yayınladığı Kamu Sağlığı ve Mülkiyet kitabı vardır. Neumann kitabında, devletin halkın sağlığı üzerindeki sorumluluğunu oldukça ilginç bir retorikle kanıtlamaya çalışmıştır. Neumann'a göre devlet mülkiyet hakkının devleti olduğunu iddia ettiğine göre, varlık nedeni insanların mülklerini korumaktır. Ancak birçok insanın emek güçlerinden başka mülkleri yoktur ve bu mülkleri tamamen sağlıklı olmalarına bağlıdır. O halde devletin, kendi mantığı içinde dahi, sağlığı koruma görevi vardır ve insanların da sağlıklarının devlet tarafından korunmasında ısrar etme hakkı vardır. Almanya'da tıp biliminin özünde bir sosyal bilim olduğunu ilk kez 1847'de Solomon Neumann ifade etmiştir:

“Tıp, kemiğine ve iliğine kadar bir sosyal bilimdir”.

Virchow, Rudolf Leubuscher ile birlikte editörlüğünü yaptığı Tıp Reformu dergisinde bu düşünceleri geliştirmiştir:

“Tıp hem sağlıklı hem de hasta insanın bilimiye, ki böyle olması gerekir, başka hangi bilim toplumun örgütlenmesinin temellerine insanlığın doğasını katan yasaların uygulanması için yasa yapma uğraşısıyla ilgilenmeye daha uygun olabilir?”

Toplumcu sağlık düşüncesi esas olarak sağlıksızlığın veya hastalıkların toplumun sosyal ve ekonomik örgütlenmesinin ürünü olan toplumsal eşitsizliklerden kaynaklandığı ve bu nedenle tıbbın bir sosyal bilim olması gerektiğini ifade eder. Villermé analizleriyle bu eşitsizlikler (yoksulluk/varsıllık) ile mortalite ve morbidite arasındaki ilişkiyi ortaya koymuş, Engels bu eşitsizliklerin toplumun sosyo- ekonomik düzeni içindeki kaynaklarını göstermiş ve Virchow da eşitsizliklerin hangi mekanizmalarla sağlığı olumsuz etkilediğini ortaya koymuştur.

Virchow Yukarı Silezya deneyimini, Berlin'de 1848'de patlak veren kolera ve 1849'da yayılan tüberküloz salgınlarında da kullanmıştır. Virchow'a göre toplumsal kusurlar, salgınların ortaya çıkmasında gerekli koşulu oluşturmaktadır. Buna göre olumsuz toplumsal koşullar, aslında hiç biri

tek başlarına bir salgın oluşturmak için yeterli olmayan enfeksiyon etmenleri, iklim ve diğer özgül nedensel etmenlere karşı insanlarda bir duyarlılık oluşturmaktadır. Bu nedenle salgınların önlenmesi ve eradike edilmesinde toplumsal değişim, tıbbi girişimler kadar önemlidir.

Engels'in izinden giden Virchow, Almanya'da morbidite ve mortalite hızlarının, özellikle bebek ölüm hızının işçi mahallelerinde, zengin mahallelerinde olduğundan daha yüksek olduğuna dikkat çekmiştir. Aslında Villermé ile başlayan ve sağlıkta sınıfsal eşitsizlikleri ortaya koyan bu yaklaşım yeni değildir, fakat Virchow bu soruna çözüm olarak Chadwick'in sanitasyon tedbirleri yanında, bu eşitsizliklerin diğer nedenleri olan yetersiz beslenme ve barınma koşullarının ve hastalık üreten toplumsal düzenin de iyileştirilmesi gerektiğini savunmaktadır.

“Mücadelemizin toplumsal bir mücadele olduğu; işimizin kavun ve somon balığı, pasta ve dondurma tüketicilerini, kısacası keyfi yerinde burjuvaziyi kızdırmak için talimatlar yazmak olmadığı; yumuşak ekmeği, iyi eti, sıcak giysileri, yatacak yatağı olmayan, çalışarak kazandığı parayla pirinç çorbası ve papatya çayı içemeyecek olan yoksulları korumak için kurumlar yaratmak olduğu açık değil mi? Zenginler kışın, sıcak şömineleri önünde oturup, çocuklarına yılbaşı elmaları verirken, kömürü ve elmayı ellerine getirenlerin koleradan öldüklerini akıllarına getirebilirler mi? Binlerin daima birkaç yüz kişi iyi yaşayabilsinler diye ölmek zorunda kalması çok elem verici”.

Virchow'a göre işçi sınıfının yoksunlukları, onları hastalıklara yatkınlaştırmaktadır. Enfeksiyöz etmenlerin, iklimsel değişimlerin, kıtlığın veya diğer nedensel etmenlerin varlığında, hastalıklar bireyler ve toplumlar arasında hızla yayılır.

Virchow'un tıbbın örgütlenmesine ilişkin eleştirileri, tıp içindeki baskıcı yapılanmaya işaret etmektedir. Hastanelerin yoksulları toplumsal bir sorumluluğun gereği olarak kabul etmek yerine, hizmetleri karşılığında ücret talep etmesini eleştirmektedir. Virchow, kamusal ve kamu tarafından işletilen bir tıbbi hizmet önermektedir. Bu sistemde sağlık bakımı, anayasal bir vatandaşlık hakkı olarak tanımlanmaktadır. Ancak burada söz konusu sağlık bakımı, tıbbi hizmetlerle sınırlı değildir: yaşamın maddi koşullarının iyileştirilmesi de bir sağlık hizmeti olarak görülmektedir.

Virchow kamu sağığı emekçileri için Armendärzten yani yoksulların hekimi tanımlaması getirmektedir. Ancak bu hekimlik, tıbbi hizmetlerin yanı sıra, Almanca Armendärzten sözcüğünün içerdiği avukatlık veya savunma anlamını da kapsayacak şekilde, yurttaşların sağık hakkını savunmayı da kapsamaktadır. Virchow'un burada sağık sorunlarına karşı önerdiği çözüm politik eylemdir. Sağık, ancak sağıksızlığın kaynaklarını kurutmaya yönelik politik girişimlerle savunulabilir ve sürdürülebilir.

Virchow hekimlerin politikayla aktif olarak ilgilenmeleri gerektiğini düşünmektedir. Bu düşünce devletin en önemli görevinin yurttaşlarının sağığını korumak olduğu düşüncesiyle uyum içindedir:

“Tıp, antropoloji olarak kurulduğunda ve imtiyazlıların çıkarları kamusal olayların gidişini belirlemediğinde, fizyolog ve hekim toplumsal yapıyı destekleyen yaşlı devlet büyükleri arasında sayılacaklardır”.

Virchow'un toplumcu sağık anlayışını oluşturan diğer iki düşünce, tıbbi hizmetlerde önceliğin tedavi hizmetleri yerine önleyici hizmetlere verilmesi ve devletin yurttaşlarının maddi güvencelerini sağılama sorumluluğunu üstlenmesidir.

Virchow, kişisel deneyimlerinden, tanık olduğu salgın hastalıkların aslında oldukça basit önleyici tedbirlerle önlenebileceğini görmüştür. Örneğin Almanya'daki çok ölümlü salgınlardan birinin nedeni, bu bölgede halkın temel besin kaynağı olan patates hasadının kötü gitmesidir. Virchow'a göre devlet, bölgeye gıda desteğı yaparak bölgede besin yetersizliğı gelişmesini önleyebilirdi. Yeterli beslenen insanlar salgına karşı bedensel olarak daha dayanıklı olacağından, ya hastalanmayacaklardı ya da hastalansalar dahi salgının sonuçları bu kadar ölümcül olmayacaktır. Buradan yola çıkarak Virchow, önleyici hizmetlerin bir tıbbi/teknik hizmet sorunu olmaktan çok politik bir sorun olduğunun altını çizmektedir.

Virchow devlet yurttaşlarının maddi güvencesinden sorumludur derken, devletin yurttaşlarına istihdam garantisi sağılamasını, bu istihdam karşılığında insanca yaşayabileceğı bir ücreti garanti etmesini ve çalışamayacak durumda olanlar için bu güvenceyi bizzat üstlenmesini (sosyal devlet) kastetmektedir. Ahlaki olarak çalışamayacak durumda olanların insan gibi yaşamasını sağılamak toplumun ödevidir ve toplum bu ödevini devlet aracılığı ile yerine getirir.

Virchow etkili bir sağlık bakımı sisteminin, kendisini tekil hastaların patofizyolojik sıkıntılarını tedaviyle sınırlandıramayacağını savunarak, ileride Sovyetler Birliği'nde kurulacak, Çin ve Küba dahil birçok Üçüncü Dünya Ülkesi'nde geliştirilecek ve sonunda Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1978 Alma Ata bildirgesiyle yaygınlaştırılmaya çalışılacak olan Temel Sağlık Hizmetleri kavramının temelini atmıştır.

Toplumlarda olduğu kadar, yetersiz ve çoğu kez yanlış yönlendirilmiş tıp eğitimin de etkisiyle sağlık emekçileri arasında da sağlık sorunlarının yalnızca sağlık hizmetleriyle çözülebileceği boş inancı oldukça yaygındır. Virchow,

“tıbbın ilerlemesi sonuçta insan yaşamını uzatacaktır, ancak toplumsal koşulların iyileştirilmesi bunu çok daha hızlı ve başarılı biçimde gerçekleştirebilir”

diyerek, bugün Dünya Sağlık Örgütü'nün yeniden “keşfettiği” sağlığın toplumsal belirleyicileri kavramını, daha 1850'lerde adını koymadan tanımlamıştır.

Virchow'un hastalıkların etiyojisinde çok önemli bir role sahip olduğunu ifade toplumsal çelişkiler, toplumsal sınıflar arasındaki, bir başka ifadeyle emek ile sermaye arasındaki çelişkilerdir. Kuşkusuz daha sonra Salvador Allende tarafından tanımlanacak olan merkez kapitalist ülkelerle, çevre bağımlı ülkeler arasında sömürü temeline dayalı çelişkilerden ve bu sömürge/yarı sömürge ülkelerde bu çelişkilerin alevlendirdiği sağlık sorunlarından bahsetmemiş olması bir eksikliktir. Ancak, emperyalizm olgusunun Virchow'un döneminde henüz literatüre yeterince girmiş bir kavram olmadığını ve sonra tam olarak Virchow öldükten tanımlandığını anımsamak gerekir.

Özetlemek gerekirse Virchow'un toplumcu tıp anlayışı şunları içermektedir:

Sağlık hizmetleri, tıbbi hizmetler ile hastalıkların ana nedeni olan toplumsal faktörlerin olumsuz etkilerini ortadan kaldırmaya yönelik sosyal hizmetlerin bütüncül olarak sunumudur. Bu hizmetler kamusal olarak örgütlenmeli, kamu sağlık emekçileri tarafından ücretsiz sunulmalıdır. Kamu sağlık emekçileri hizmetlerini yalnızca tıbbi hizmetlerle sınırlamamalı, sundukları tıbbi hizmetleri sosyal hizmetlerle bütünleştirmelidir.

Tıbbi hizmetler, tedavi hizmetlerini değil, önleyici hizmetleri öncelemelidir. Bireylerin maddi güvencesini sağlamak devletin yükümlülüğüdür.

Günümüzde, özellikle Türkiye’de toplumcu tıp anlayışı oldukça eksik kavranmakta ve çoğu kez toplumcu tıp, koruyucu hekimliğe indirgenmektedir. Türkiye’de sağlık hakkı mücadelesinin önde gelen figürleri olarak Türk Tabipleri Birliği ve Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası’nın politikaları incelendiğinde, kendisini “herkese eşit, ücretsiz sağlık” sloganı ile ifade eden bir sağlık hakkı anlayışına sahip oldukları gözlenmektedir. Oysa Virchow’un toplumcu tıp anlayışı içinde “herkese eşit, ücretsiz sağlık”, bu anlayışın sadece bir bölümünü, tıbbi hizmetlere erişebilme hakkı kısmını oluşturmaktadır. Günümüzde tamamen farmasötik endüstrinin ve tıbbi-sanayi kompleksin talepleri doğrultusunda örgütlenmiş, sağlığa değil hastalığa odaklı olan bu hizmetler eşit ve ücretsiz dağıtılsa ne değişecektir?

TTB’nin 1970’li yıllardan beri dillendirdiği tıbbi hizmetlerde önceliğin koruyuculuğa verilmesi talebi de, örneğin hiçbir zaman açıkça ve yeterince vurgu yapılarak, “çocuklara ücretsiz süt dağıtılsın”, “yoksullara insanca yaşayabilecekleri konutlar verilsin” veya “yoksullara gıda yardımı yapılsın” gibi, Frank’in 1790’larda dile getirdiği taleplere dahi genişletilememiştir.

Chadwick ile Virchow arasında en büyük ve temel faklardan biri bu noktada kendisini göstermektedir. Chadwick hastalıkları önlemek için alınacak tedbirleri teknik bir sorun olarak görürken, Virchow bunu politik bir sorun olarak görmektedir:

“Bizim politikalarımız profilaksi politikalarıdır; karşıtlarımız ise palyasyon politikalarını tercih etmektedirler”.

Tartışma

Koruyucu hekimlikten toplumcu sağlığa giden yoldaki katkıları bakımından Engels ve Virchow’un çizgileri arasındaki benzerlikler son derece dikkat çekicidir. Ancak burada bu benzerlikler kadar aralarındaki farklılıkların da altının çizilmesi, yalnızca geçmişin daha iyi anlaşılması bakımından değil, bugünü de daha iyi kavrayabilmek açısından çok önemlidir.

Virchow'un Engels'ten etkilendiğine ilişkin çok sayıda kanıt vardır. Bunlardan en önemlisi Engels'in İngiltere'de İşçi Sınıfının Durumu çalışmasından, Engels'in izniyle veriler almasıdır. Ancak hastalıkların/sağlığın ve mortalitenin toplumsal belirleyicilerine ilişkin düşünceleri aynı olsa dahi, Virchow bu sorulara yanıt olarak başlangıçta Engels gibi devrimci bir yaklaşımı benimsemiş olmasına karşın, yaşamının sonraki yıllarında daha reformcu bir yaklaşım benimsemiştir.

Virchow'un devrimci bir yaklaşımı benimsediği dönem 1848 devrimleri dönemidir. Virchow Yukarı Silezya'ya ayak bastıktan dört gün sonra (24 Şubat 1848) Paris'te emekçiler İkinci Cumhuriyet talebiyle sokaklardadır. Fransa'nın yaktığı kıvılcım kısa sürede Avrupa'yı yangın yerine çevirmiştir. Mart ayında bir dizi Alman kenti ayaklanmalara sahne olmuş, 18 Mart'ta ayaklanma Berlin'e sıçramıştır. Mektuplarından, Virchow'un bu ayaklanmaları ve devrimi sevinçle karşıladığı anlaşılmaktadır.

Virchow 1848 ayaklanmalarında, 19 Mart gecesi Berlin'de elinde eski bir ödünç tabancayla (bazı kaynaklarda tüfek, diğerlerinde kılıç) barikatlarda yerini almış ve yönetici sınıfın gerekli değişiklikler için barışçıl taleplere yanıt vermeyeceğine, bu taleplerin “zor” kullanılarak elde edilebileceğine inanmış biri olarak karşımıza çıkar. Berlin Devrimci Komitesi'ne başkan yardımcısı seçilen Virchow, toplumun baskıdan kurtarılmasının da hekimin görevlerinden biri olduğunu düşünmektedir.

Bu süreçte psikiyatri uzmanı Rudolf Leubuscher ile birlikte editörlüğünü yaptığı Tıp Reformu isimli dergiyi 10 Temmuz 1848'den itibaren yayınlamaya başlar:

“Tıp Reformu, henüz eski politik kurumlarımızın tamamen yıkılmadığı, fakat planların yapıldığı ve yeni bir politik yapıya doğru adımların atıldığı bir zamanda çıkıyor. Derginin eski kalıntıları temizlemeye ve yeni kurumları kurmaya katılmaktan daha doğal başka ne görevi olabilir? ... Bu durumda tıp bu değişimin dışında kalamaz; kendi alanında köktenci bir reformu daha fazla erteleyemez”.

Derginin sloganı olan tıp, sosyal bir bilimdir ve politika büyük ölçekte tıptan başka bir şey değildir deyişi daha sonra toplumcu tıbbın belgisi haline gelmiştir. Derginin izleyen sayılarında Virchow ve Leubuscher toplumcu sağlık ve bilimsel tıbbın temel ilkelerini yaymaya devam etmişlerdir.

Toplumun sağığının devletin en önemli sorunu olduğunu, sosyal ve ekonomik koşulların sağık ve hastalık üzerinde belirleyici bir etkisi olduğunu ve bu etkilerin bilimsel olarak araştırılması gerektiğini ileri sürmüşlerdir:

“Tıbbi istatistikler standart ölçümüz olacaktır: yaşamı, yaşamla tartacağız ve ölümün işçiler arasında mı, imtiyazlılar arasında mı dolaştığını göreacağız”.

Fransa’da olduğu gibi Almanya’da da devrim bir yıl içinde söner ve Tıp Reformu 29 Temmuz 1849’da son sayısını çıkartır. Charité hastanesinde maaşı kesilir ve işini bırakmaya zorlanır ve Virchow 1849’da tutuklanır. Kendisine dayatılan pişmanlık bildirisini imzalamayı reddeder ve Berlin’den ayrılmak zorunda kalır.

Virchow devrimin yenilgisinden sonraki yaşamında talepler için devrim yerine reformcu bir çizgiyi tercih eder. Kuşkusuz Virchow’un savunduğu reformlarla, örneğin Chadwick reformları arasında dağlar kadar fark vardır, fakat bu durum Virchow’un kategorik olarak devrimci değil fakat reformcu bir çizgide sayılması gerektiği gerçeğini değıştirmez.

Yine dikkatli bir okur, Engels sürekli olarak üretimin örgütlenmesine ve üretim sürecine vurgu yaparken, Virchow’un toplumsal kaynakların dağıtımı ve tüketimindeki eşitsizliklere vurgu yaptığını göreacaktır. Kuşkusuz Marksist kültüre hakim olanlar bunun reform ile devrim arasındaki fark olduğunu hemen kavrayacaklardır. Fakat bu kültüre yeterince hakim olmayanlar reformist bir çizgiyi devrimci sanıp yanılabilirler.

Özellikle dünyada sosyalizmin çözülmesi ve işçi sınıf hareketinin gerilemesiyle birlikte sol hareketlerin içine düştüğü ideolojik bunalım ve aydınlar arasında Marksizm’e ilginin azalması (dolayısıyla Marksist kültürün zayıflaması), reformcu çizgilerle devrimci çizgiler arasındaki farklılıkların bulanıklaşmasına yol açmıştır. Örneğin Virchow’un gıdaların eşit dağıtımı, eğitim sisteminde değışim (anadilde eğitim dahil), politik özgürlük ve toplumsal yapı düzeyinde önerdiği diğer talepleri sağık hizmetleri içinde değerdendirmesi, birçoklarının düşündüğü gibi Virchow’u devrimci kılmaz. Bu olumlu talepler “son tahlilde” mevcut üretim ilişkilerinde devrimci bir değışimi (devrimi) önermeyen ve yine son tahlilde “düzen içi” sayılabilecek (bunların düzen içinde

elde edilip edilemeyeceği ayrı bir tartışma konusudur) reformcu, kapitalist toplum içinde sınırlı taleplerdir.

Aynı şekilde Virchow'un herkese eşit, ücretsiz sağlık hizmeti talebi, bunun kamusal olarak örgütlenmesi ve kamu sağlık emekçileriyle sunulması talebi, tıbbi/sağlık hizmetlerinde önleyiciliğe vurgu yapması, sağlık hizmetlerinin ve personelinin ülkelerde eşit dağıtımı talebi de reformcu talepler olup, "adı üzerinde" egemen sınıflardan, kuşkusuz arkasına emek gücü konarak talep edilmektedir. Oysa Engels işçilere egemenlerden bunları talep etmelerini değil, bu talepler etrafında örgütlenerek devrim yapmalarını ve bu talepleri kendi kuracakları iktidar ile yerine getirmelerini öğütlemektedir.

Sürgünde iken bir süre işsiz kalan Virchow, hala demokratların hakim olduğu Bavyera'da Wurzburg Üniversitesi'nden teklif alır ve burada patoloji üzerine çalışmalarını sürdürür. 1856'da yeniden Berlin'e dönerek patoloji kürsüsünün başına geçer ve yaşamının sonuna kadar bu görevi sürdürür.

1860'da Prusya'da demokrat güçler yeniden siyaset sahnesine çıktığında Virchow da politikaya döner ve 1861'de Berlin Belediye Meclisi'ne, 1862'de Prusya Meclisi'ne ve 1880'de Reichtag'a seçilir. Bu dönemde Berlin'de kanalizasyon sisteminin kurulmasını sağlar, gıda denetimi yasasını çıkartır, kamu binalarında havalandırma ve ısınmanın iyileştirilmesine çalışır, okul sağlığı hizmetlerinin tohumlarını atar ve başta hemşireler olmak üzere sağlık emekçilerinin çalışma koşullarını iyileştirir.

Virchow'un 1850'ler sonrasında ufku, monarşi ve soyluluğun gücünü azaltacak anayasal bir demokrasi ile sınırlanmıştır. Kamusal mülkiyet ve sağlık ve sosyal hizmetlerin rasyonel örgütlenmesi gibi sosyalist ilkeleri savunmaktadır. Ancak pek çok insanın kavramakta güçlük çektiği nokta, sosyalizmin bu ilkelerle sınırlı olmadığıdır. Diğer yandan Virchow, Marksizm'in komünist ideallerinden biri olan devletin sönmölenmesini, naif bir dilek olarak görmektedir. Virchow'a göre güçlü bir devlet aygıtı olmaksızın, adil bir toplum yaratılması olanaksızdır.

KAYNAKLAR

Akalın, MA. (2000). Sağlık Ocağı Hizmetleri ve Yönetimi. İzmir: KSGB Yayınları.

Akalın, MA. (2010). Toplumcu Tıp: Sovyetler Birliği Deneyimi. İstanbul: Yazılama.

Anderson, MR., Smith, L. ve Sidel, VW. (2005). What is Social Medicine? Monthly Review, 56(8): 27 – 34.

Armelagos, GJ., Brown, PJ. ve Turner, B. (2005). Evolutionary, Historical and Political Economic Perspectives on Health and Disease. Social Science and Medicine. 61(4): 755 – 765.

Backhaus, UM. (2007). A History of German and Austrian Economic Thought on Health Issues. Frankfurt: Haag und Herchen.

Brown, ER. (1979). Rockefeller Medicine Men: Medicine and Capitalism in America. Berkeley: University of California Press.

DeWalt, DA. ve Pincus, T. (2003). The Legacies of Rudolf Virchow: Cellular Medicine in the 20th Century and Social Medicine in the 21st Century. Israel Medical Association Journal, 5(6): 395 – 397.

Eisenberg, L. (1984). Rudolf Ludwig Karl Virchow, where are you now that we need you? American Journal of Medicine, 77: 524 – 532.

Elm, S. ve Willich, SN. (Ed.) (2009). Quo Vadis Medical Healing: Past Concepts and New Approaches. New York: Springer.

Eren, N. (1996). Çağlar Boyunca Toplum, Sağlık ve İnsan. Ankara: Somgür.

Hadju, S.I. (2005). A Note from History: Rudolph Virchow, Pathologist, Armed Revolutionist, Politician, and Anthropologist. Annals of Clinical and Laboratory Science, 35(2): 203 – 205.

Krieger, N. ve Birn, A. (1998). A Vision of Social Justice as the Foundation of Public Health: Commemorating 150 Years of the Spirit of 1848. *American Journal of Public Health*, 88(11): 1603 – 1606.

Mackenbach, J.P. (2009). Politics is nothing but medicine at a larger scale: reflections on public health's biggest idea. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(3): 181 – 184.

Morabia, A. (2007). Epidemiologic Interactions, Complexity, and the Lonesome Death of Max von Pettenkofer. *American Journal of Epidemiology*, 166(11): 1233 – 1238.

Pridan, D. (1964). Rudolf Virchow and Social Medicine in Historical Perspective. *Medical History*, 8(3): 274 – 278.

Raphael, D. (Ed). (2009). Social determinants of health : Canadian perspectives. 2nd Ed. Toronto: Canadian Scholars" Press.

Reese, D.M. (1998). Fundamentals: Rudolf Virchow and Modern Medicine. *Western Journal of Medicine*, 169(2): 105 – 108. 13

Saracci, R. (2009). Virchow, a model for epidemiologists. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(3): 185.

Scambler, G. (2012). Health inequalities. *Sociology of Health and Illness*, 34(1): 130 – 146.

Silver, GA. (1987). Virchow, The Heroic Model in Medicine: Health Policy by Accolade. *American Journal of Public Health*, 77(1): 82 – 88.

Stern, AM. ve Markel, H. (2009). Disease etiology and political ideology: revisiting Erwin H Ackerknecht's Classic 1948 Essay, 'Anticontagionism between 1821 and 1867'. *International Journal of Epidemiology*, 38(1): 31 – 33.

Taylor, R. ve Rieger, A. (1984). Rudolf Virchow on the typhus epidemic in Upper Silesia: an introduction and translation. *Sociology of Health and Illness*, 6(2): 201 – 217.

Taylor, R. ve Rieger, A. (1985). Medicine as social science: Rudolf Virchow on the typhus epidemic in upper Silesia. *International Journal of Health Services*, 15: 547 – 559.

Waitzkin, H. (1981). The social origins of illness. *International Journal of Health Services*, 11(1): 77 – 103.

Waitzkin, H., Iriart, C., Estrada, A. ve Lamadrid, S. (2001). Social Medicine Then and Now: Lessons From Latin America. *American Journal of Public Health*, 91(10): 1592 – 1601.

Waitzkin, H. (2000). The Second Sickness: Contradictions of Capitalist Healthcare. 2nd Ed. Lanham, MD: Rowman & Littlefield Publishers.

Waitzkin, H. (2006). One and a Half Centuries of Forgetting and Rediscovering: Virchow's Lasting Contributions to Social Medicine. *Social Medicine*, 1(1): 5 – 10.

Waitzkin, H. (2007). Political Economic Systems and the Health of Populations: Historical Thought and Current Directions. (Galea, S. (Ed.) (2007) *Macrosocial determinants of population Health*. New York: Springer. içinde 5. bölüm).

ÇİN DENEYİMİ: YALINAYAK DOKTORLAR

Günümüzde ülkelerin üstüne birer etiket gibi yapışmış olan “gelişmiş”, “gelişmekte olan”, “az gelişmiş” veya “geri kalmış” gibi sıfatlar, bu ülkelerin sanayi devrimine yetişmiş ya da yetişememiş olduklarını ifade etmektedir. Sanayi devrimine beşiklik eden ülkeler (ortak isimleri Batı ülkeleridir), çok kısa bir süre içinde dünyanın dev tarım ekonomilerini (Çin, Hindistan, Osmanlı, Rusya vb) çökertmiş ve bu ülkeleri zorla sömürgeleştirerek kendi sanayileri için hammadde depoları haline getirmiştir. Tarihin en eski uygarlıklarından biri olan Çin de bu süreçte sömürgeleştirilen ülkeler arasındadır.

20. yüzyıl başlarında sanayileşme katarının son vagonlarını yakalayan Almanya’nın, Osmanlı imparatorluğunu da yanına alarak dünya sömürü pastasından aldığı payı arttırmak için harekete geçmesiyle patlak veren Birinci Paylaşım Savaşı, emperyalist ülkelerin beklentilerinin tam aksine bir sonuç getirmiş ve Rusya ile Türkiye emperyalist sömürü boyunduruğundan kurtulmayı başarmışlardır.

Almanya’nın 20. yüzyıl ortalarında gücünü yeniden toplayarak dünyayı ikinci kez yeniden paylaşımaya zorlamasıyla, 19. yüzyılın artık ömrünü tamamlayan eski sömürge sistemi tamamen parçalanmış ve Çin de içinde birçok Asya, Afrika ve Latin Amerika ülkesi bağımsızlıklarını kazanmışlardır.

Bu ülkeler bağımsızlıklarını kazanır kazanmaz, yüzyılların biriktirdiği sağlık sorunlarını çözebilme için bir sağlık örgütlenmesi oluşturmak göreviyle karşı karşıya kalmışlardır. Kendilerini sömüren Batı ülkelerinin sağlık konusundaki tek kaygıları, sömürgelerden kendi ülkelerine hammadde taşıırken hastalıkları da getirmemek olduğundan, bu ülkelerin çoğunda karantina dışında modern sağlık hizmetleri örgütlenmemiştir.

20. yüzyılın ikinci yarısında ülkesi için bir sağlık sistemi kurmak göreviyle karşı karşıya kalan Çin hükümeti aşağıdaki nedenlerle bireyci Batı tıbbının kendi gereksinimlerini karşılamayacağına karar vermiştir:

Batı tıbbı 19. yüzyılda, henüz biyomedikal teknoloji emekleme dönemindeyken kendi dinamikleriyle gelişerek, bireysel bir hasta-hekim ilişkisi içinde ortaya çıkmıştır. Zamanla biyomedikal teknoloji geliştikçe, bu teknoloji bireysel bir hasta-hekim ilişkisi içinde kullanılmak üzere tasarlanmıştır. Bu nedenle batı ülkelerinde biyomedikal teknoloji sermaye-yoğundur ve önleyici değil iyileştirici hizmetlere yöneliktir. Bağımsızlığını henüz kazanmış ve dünyanın en yoksul ülkeleri içinde yer alan Çin'in, batıda kullanılan biyomedikal teknoloji için gerekli parayı kısa sürede bulması mümkün değildir. Bu nedenle Çin elindeki teknolojiye dayalı bir sistem kurmak zorundadır. Kaldı ki Çin'in batıda kullanılan biyomedikal teknolojiyi ülkesine ithal etme gücü olsaydı bile, batı standartlarında Çin'in gereksinimini karşılayacak sayıda tıbbi araç-gereç üretilmesi uzun yıllar alırdı.

Biyomedikal teknoloji batı tıbbının aşırı uzmanlaşmasına yol açarak, neredeyse her organ veya sistem için ayrı bir uzmanlaşma getirmiş, klasik bireysel hasta- hekim ilişkisi yerini hastanın her hastalığı için farklı bir uzmanla veya uzmanlar ekibiyle ilişkisine bırakmıştır. Kuşkusuz böyle bir sistem ileri derecede uzmanlaşabilmek için çok uzun yıllarını tıp eğitime harcamış bir hekimler ordusu gerektirmektedir. Oysa Çin'in elinde yeterli uzmanlaşmamış hekimi dahi yoktur. Bu nedenle hastaların her yakınmaları için başka bir uzmana başvurdıkları bir sağlık modeli oluşturabilmesi olanaksızdır.

Gelişmiş batı ülkelerinde sanayileşme ve dünyanın geri kalanının sömürsünden gelen zenginlik sayesinde başta beslenme ve barınma olmak üzere yaşam koşulları iyileşmiş, sanitasyon ve eğitimin de katkısıyla en önemli sağlık sorunları arasında ilk sıralarda yer alan bulaşıcı hastalıklar tarihe karışmıştır. Bu nedenle batı tıbbı daha çok kronik hastalıklarla mücadeleye yönelmiş ve örgütlenmesini buna göre gözden geçirmiştir. Oysa bulaşıcı hastalıklar dünyanın en kalabalık ülkesi olan Çin'in en önde gelen sağlık sorunudur. Gelişmiş ülkeler deneyiminin de kanıtladığı gibi, başta barınma ve beslenme olmak üzere yaşam koşulları iyileştirilemeden, gerekli sanitasyon tedbirleri alınmadan ve halk sağlık konusunda eğitilmeden, yalnızca tıbbi hizmetlerle bulaşıcı hastalıklar sorununu aşmak mümkün değildir. Çin'in kısa zamanda halkının yaşam koşullarını iyileştirebilme

ve halkını eğitebilme şansı olmadığına göre, bulaşıcı hastalıklarla mücadele edebilmek için kendisine özgü bir yola girmesi gerekecektir.

Gelişmiş ülkelerde tıp, bireyin kendi sağlık durumunu kendisinin değerlendirmesi ve hasta olduğuna karar verirse tıbbi hizmet için hekime başvurması esasına göre örgütlenmiştir. Kuşkusuz bireylerin bu kararı doğru bir şekilde verebilmeleri için belirli bir eğitim ve kültür düzeyinde olmaları gerekir. Yani batı tıbbının işe yaraması için bir yanda insanların kendi sağlıkları hakkında karar verebilecek düzeyde eğitilmiş olmaları, diğer yanda modern tıbbı inanmaları gereklidir. Halbuki Çin’de okuma-yazma bilen nüfus oldukça sınırlıdır ve Çinliler modern tıbbı çok sıcak bakmamaktadırlar. Tarihsel gelişim sürecinde reform ve Rönesans hareketlerine beşiklik eden Avrupa’da insanlar yüzyıllar önce bilimle tanışmış ve bu ülkelerin çoğunda 13. yüzyıldan beri tıp fakültelerinden mezun hekimler yaygınlaşırken, “halk tıbbı” (geleneksel iyileştiriciler vb) tarihe karışmıştır. Oysa sanayi devrimine geç kalmış birçok ülke gibi Çin’de de oldukça köklü ve yaygın bir yerel iyileştiricilik geleneği bulunmaktadır (Çin tıbbı).

Sonuçta batı tıbbının başta yukarıdaki nedenler olmak üzere birçok nedenle Çin için bir model olamayacağı ortadadır. Çin’in batı tıbbının aksine öncelikli olarak iyileştirici değil, önleyici tıbbı gereksinimi vardır. Bulaşıcı hastalıklar en önemli sağlık sorunudur. Para yoktur ama “fazlasıyla” insangücü vardır.

Alternatif Yaklaşım

Kuşkusuz geleneksel batı tıbbını kendi gereksinimleri doğrultusunda gözden geçiren ilk ülke Çin değildir. Örneğin 1917 Ekim devrimiyle batıyla yollarını ayıran Sovyetler Birliği sağlık hizmetlerinin emeğin gereksinimlerine göre örgütlenmiş, 1923 yılında bağımsızlığını kazanan Türkiye, dikey örgütlenmelerle koruyucu hizmetlere ağırlık veren bir sağlık örgütü kurmuştur. Şili’de Halk Cephesi hükümetinin Sağlık Bakanı olan Salvador Allende, bu ülkede önemli toplumcu tıp uygulamalarına imza atmış ve son olarak ülkesinde işçi sınıfı içinde sosyalist eğilimlerin güçlenmesi üzerine İngiltere sağlık hizmetlerini sosyalleştirerek geleneksel bireyci batı tıbbı modelinde önemli revizyonlara gitmiştir. Ancak geleneksel batı tıbbıyla bağlarını bıçakla kesilmiş gibi birden kopartıp, tamamen kendisine özgü yeni bir model yaratan tek ülke Çin’dir.

Çin sağlık personeli ve sağlık kurumlarının geleneksel rollerini tamamen değiştirerek, yerine kırsal nüfusun gereksinimlerine yanıt vermek üzere emek yoğun ve ekonomik kalkınmayı hedefleyen bir model oluşturmuştur.

1949 yılında Çin’de bebek ölüm hızı binde 200’e dayanmıştır. Çocukların % 30’u beş yaşını görmeden yaşamını yitirmekte, ana ölüm hızı % 1,5 civarındadır. Kentlerde 6.550 kişiye bir hasta yatağı düşerken, nüfusun büyük çoğunluğunun (% 80’inden fazla) yaşadığı kırsal kesimde bu oran 20 bin kişiye bir yatağa düşmektedir. Modern tıp eğitimi almış hekim sayısına ilişkin tahminler 10 bin ile 40 bin arasında değişmektedir. Ancak Çin’de modern eğitim almış 40 bin hekim olduğu kabul edilse bile, dönemin batı standartlarına göre bu rakam olması gerekenin % 10’u dahi değildir. Bu koşullar altında hükümet sağlık için geleneksel kaynakları, geleneksel Çin tıbbi uygulayıcılarını ve geleneksel ilaçları kullanmaya karar vermiştir.

Çin sağlık modelinin ilkeleri 1950 ve 1951 yıllarında düzenlenen 1. ve 2. Ulusal Sağlık Konferansları’nda belirlenmiştir:

- İşçilere, köylülere ve askerlere hizmet
- Önleyiciliğe vurgu
- Geleneksel Çin tıbbi uygulayıcılar ile modern tıp eğitimi almış hekimler arasında işbirliği
- Sağlık hizmetlerinde kitlesel hareketlere dayanma

Sağlık ve Ekonomik Kalkınma

1950’li yıllarda gelişmekte olan ülkeler, sağlığın ekonomik kalkınma üzerine etkilerini dikkate almıyorlar ve genel bütçeden sağlık için ayrılan payı emek için bir yatırım olmaktan çok, bir tüketim olarak görüyorlardı. Gelişmiş ülkelerin görece daha iyi sağlığa sahip olması bu ülkelerin zenginliklerinin bir ürünü olarak görülüyor, fakat bu zenginleşme sürecine sağlığın etkileri göz ardı ediliyordu. 1960’lı yıllarda bu düşünce değişmeye başladı ve sağlık harcamaları emek-gücü için bir yatırım olarak görülmeye başlandı. Sonuçta sağlık programlarının ulusal ekonomik kalkınma

planları içinde değerlendirilmesi gerektiği kabul edilerek sağlık “harcamaları” yerine sağlık “yatırımları” terimi öne çıktı.

Çin ise, Sovyetler Birliği gibi sağlığı başından itibaren ekonomik kalkınmanın bir parçası olarak görmüştür:

- “Sağlık hizmetlerinin temel amacı sanayi ve tarım üretimini garanti altına almaktır”.
- “Sağlık hizmetlerinin rehberi; üretimi izlemek, üretimle yakın işbirliği içinde olmak ve üretime hizmet etmektir”.
- “Üretim ve sağlık arasındaki ilişkide diyalektik bir birlik vardır. Sağlık hizmeti herkesin ve bütün kurumların işidir”
- “Tarımsal üretimi arttırmanın en etkin yolu emekçilerin sağlığını korumak ve işe devam hızları ile emek verimliliklerini yükseltmektir. Sağlık personeli üretim hattının en önünde yerini alacaktır”.
- “Sağlık ve tıbbi hizmetlerle ilgili belediyeler dikkatlerini sanayiye hizmete yoğunlaştıracaklardır”.

Kuşkusuz bu ilkeler, sağlık hizmetlerinin geleneksel örgütlenme tarzıyla çelişmektedir. Geleneksel olarak kırsal ve kentsel alanlarda yerleşik sağlık kurumları (muayenehaneler, hastaneler vb), bulundukları yerden kıpırdamadan hastaların kendilerine gelmesini beklerler. Oysa Çin’de daha çok “hareketli” sağlık kurumlarına gereksinim vardır. Sağlık personeli işyerlerine, tarlalara, fabrikalara gitmeli ve yalnızca hastaları iyileştirmemeli, aynı zamanda sağlıklı olanların da hastalanmalarını önleyici hizmetler sunmalıdır. Sağlık personelinin emekçilerin çalışma ve yaşama alanlarına getirebilmek için uygulanan yöntemler şöyle sloganlaştırılmıştır:

“Alanlarda 5”: (Sağlık emekçisi üretim alanlarında şunları yapar)

- Sağlık propagandası
- Sağlık teftişi

- İlaç sağlamak
- Tedavi etmek
- Sahada çalışmak

“Taşınacak 3”: (Sağlık emekçileri yanında şunları taşır)

- Tıbbi malzemeler
- Su şişeleri
- İş aletleri

Her ne kadar geleneksel Çin tıbbı uygulayıcılar da sağlık ordusuna katılmışsa da, bu görevleri yerine getirebilecek sayıda sağlık personeli yoktur ve kısa vadede yetiştirilebilmesi de olanaksızdır. Bu nedenle köylülerin önleyici hizmetleri öğrenip uygulayabilmeleri için yoğun kampanyalar başlatılmıştır.

Önleyici Tıp

Genelde önleyici hizmetlerin, tedavi edici hizmetlerden daha ucuz olduğu her yer için doğrudur. Fakat bu durum, önleyici yöntemlerin hemen tamamen emek-yoğun yöntemlerle yürütüldüğü Çin’de daha da öne çıkmaktadır. Ancak politikacıların ve sağlık personelinin önleyici tıp yerine tedavi edici hizmetleri öne çıkartmayı ve kaynakların tedavi hizmetlerinde kullanılmasını istemelerinin ardındaki motifler de göz ardı edilmemelidir.

Önleyici hizmetler, (örneğin aşılama çalışmaları, sağlık eğitimi) aslında bu hizmetlere hiç gereksinim hissetmeyen (gereksinimi olmayan değil) insanlara sunulmaktadır. Dahası insanlardan, bu hizmetler için vakitlerini ayırmaları (belki 1 – 2 saatlik bir seminer), belki aşı nedeniyle biraz acı çekmeleri (bazılarının ateşi yükselebilir, o gün tiyatrodaki oyuna gitmek yerine evde yatmak zorunda kalabilir), hatta yaşam tarzlarını değiştirmeleri (her gün dişlerini fırçalamak, 45 dakika yürümek vb) istenmektedir. Bütün bunlar mevcut bir sorunu çözmek için değil, olası (ki bazı durumlarda belki de gerçekten hiç karşılaşılmayabilecek) bir sorunun ortaya çıkmaması için yapılmaktadır.

Sonuç olarak bu hizmetleri alanlar, genellikle kendilerini olası bir hastalığa karşı koruyan politikacılara ve sağlıkçılara karşı çok minnettar hissetmemektedirler. Kuşkusuz bu kampanyalar sonucu kaç kişinin ölümden, kaç kişinin sakat kalmaktan ve kaç kişinin hastalanmaktan korunabildiği, neredeyse kesin rakamlarla istatistiksel olarak ortaya konabilmektedir, fakat bu rakamlar insanların duygu ve düşüncelerinde yeterince ifade bulamamaktadırlar.

Oysa tedavi hizmetlerinde ortada genellikle “canı yanan” ve bir an önce ağrısından kurtulmak isteyen biri vardır. Eğer birisi bu acıyı dindirmeyi başarabilirse, canı yanan kendisine yardımcı olana minnettar kalacaktır. Salt bu gerçek dahi politikacıların ve sağlıkçıların, kendilerine anında ödül olarak dönebilecek hizmetlere yönelmelerinin ardındaki en önemli motiflerden biridir. Bu nedenle politikacılar koruyucu hizmet sunacak merkezler yerine hastane açılışlarında boy göstermeyi tercih ederler ve hekimler tedavi edici hekimlik alanlarında çalışmayı, hatta koruyucu hekimlik hizmeti sunan bir kurumda çalışıyor olsalar dahi, buralarda bile tedavi hizmeti sunmayı tercih ederler.

Bu katı gerçekler karşısında bir ülkede önleyici tıbbı öncelik verilebilmesi için ilk koşul, yöneticilerin önleyici tıbbın üstünlüğüne gerçekten inanması ve politik olarak bu tercihin ardında kararlılıkla durabilmesidir. Bu konuda önemi bir sorun yaşamayan Çin’in önleyici bakım programının iki ana aracı vardır: sağlık personelinin iyileştirici hizmet sunarken bu hizmetlerini önleyici hizmetlerle birleştirmesi ve kitlesel kampanyalarda sağlık personeli olmayan insanların önleyici hizmetler için seferber edilmesi.

İyileştirici hizmetlerin sunumu sırasında bu hizmetlerle önleyici hizmetlerin birleştirilmesine ilişkin direktifler, devlet başkanı düzeyinde, Başkan Mao tarafından verilmiştir: “önce önleyici hizmet”. Buna rağmen önceliği önleyici hizmetlere kaydırmak kolay olmamıştır. 1960 – 1965 döneminde Sağlık Bakanlığı görevini üstlenen Ch’ien Hsin Chung, Kızıl Bayrak’ta yayınlanan bir makalesinde sağlık personeli arasında önleyiciliğe öncelik verilmesine bir direnç (profesyonel elitizm) olduğu belirtilmiştir. Özel hekimlerin “kazanç getirmemesi” nedeniyle önleyici hizmetlere vakit ayırmak istemediklerini belirten Chung “kitleler için sağlık ekiplerinin tıbbi tedavi vermeden yalnızca önleyici öğütler vermelerini kabullenmek zordur” diyerek kitlelerin de bu konuda yeterince bilinçlendirilemediğini kabul etmektedir. Bu eğilimler ancak Kültür Devrimi ile tersine çevrilebilmiştir.

Sağlık Kurumlarına ve Sağlık Emekçilerine Yeni Rol

İlk 10 – 15 yıllık süreçte “eski tip” sağlıkçılar ve sağlık kurumlarıyla hedeflerine ulaşamayacaklarını anlayan Çin yöneticileri, önlerine amaçlarına uygun sağlıkçılar yetiştirmek ve bu amaçlara hizmet edebilecek kurumlar oluşturmak görevini koymuşlardır. Geleneksel olarak kentlerde örgütlenmiş sağlık hizmetlerini kırlara indirebilmenin başka bir yolu bulunamamıştır.

Bir tarım ülkesi olan Çin’de nüfusun ezici çoğunluğu kırsal alanlarda yaşamaktadır, fakat dünyanın geri kalanında olduğu gibi sağlık kurumları büyük kentlerde toplaşmış ve hekimler de buralarda çalışmayı tercih etmişlerdir. Bu hekimleri halkın kendilerine gereksinim duyduğu yerlere (köylere) götürebilmenin önündeki tek engel, hekimlerin şehirleri terk etmek istemeyişleri değildir. Çok daha önemlisi ve hatta köylere giderek hizmet sunmak isteyen hekimleri dahi caydıran neden, hekimlerin eğitimlerinin onların ancak büyük kentlerde hastalarına yararlı olabilecekleri biçimde tasarlanmış olmasıdır.

En basit hastalıkları dahi biyomedikal teknoloji yardımı olmaksızın ayırt edemeyen hekimler yetiştiren tıp eğitimi, kırsal kesimde bu teknolojiye erişilemeyeceğini hesaba katmamaktadır. Dahası eğitimleri sırasında şehirlerde daha sık görülen vakalarla (bronşit, diyabet vs) karşılaşan hekim adayları, kırsal kesimlerde daha sık görülen hastalıklarla (örneğin zoonozlar, yani hayvanlardan insanlara bulaşan hastalıklar) karşılaştıklarında bocalamaktadırlar. Yani hekimleri kıra götürmek çözüm değildir, çünkü buralarda hekimler hekimlik becerilerini kullanamamakta ve insanlara yardımcı olamamaktadırlar. Bütün bu güçlükler aşılabilse dahi, Çin nüfusuna yeterince hizmet götürebilecek sayıda sağlık emekçisi yetiştirebilmek kendi başına önemli bir sorundur.

Gelişmekte olan ülkelerin çoğu (Türkiye dahil) benzer sorunlarla karşılaşmış ve kendi sosyal-ekonomik yapılarına uygun çözümler üretmeye çalışmışlardır. Bunların başında kırsal alanlarda açılan sağlık merkezlerinde görev almak üzere kısa eğitim programlarıyla “yardımcı sağlık personeli” yetiştirmek gelmektedir. Bu çabalar da aslında tamamen hekimler için yukarıda tartışılan nedenlerle istenen sonucu verememiştir. Belki yardımcı sağlık personeli kırsal alanlarda görev almak için hekimlerden daha fazla istekli olmuş, fakat yine hekimler gibi şehirlerde ve şehir olanaklarıyla yetiştirilen yardımcı sağlık personeli de, şehirlerde edindikleri becerileri kırsal alanda uygulamakta güçlük çekmektedirler. Kuşkusuz bu olumsuzluğun ortaya çıkmasında en önemli

nedenlerin başında, belki de hayatlarında köy görmemiş öğretmenlerin, ileride köylerde hizmet sunacak öğrenciler yetiştirmekte güçlük çekmeleri gelmektedir.

Sorunu çözmek için diğer bir yaklaşım ise özgün bir tıbbi gereksinim ve bu gereksinimi karşılayabilecek bir görev tanımlamak, daha sonra bu görevi her biri kısa zamanda ve düşük maliyetle bir “uzmana” öğretilebilecek parçalara ayırmaktır. Oldukça pragmatik olan bu yaklaşımla sıradan köylülere bölgelerinde çok sık görülen ve basit yöntemlerle tedavi edilebilecek birkaç hastalık, haftalar veya birkaç ay süren kurslarla öğretilerek bu hastalıklarla mücadelede önemli kazanımlar elde edilmiştir.

Kuşkusuz kaynakların, uzun süre alan ve oldukça pahalıya mal olan fakat buna karşın kırsal alanlardaki sağlık sorunlarının çözümüne beklenen katkıyı sağlayamayan hekim eğitimi yerine, kısa süreli ve ucuz fakat sorunları başarıyla çözebilen köylü eğitimine kaydırılması hekimler tarafından hoş karşılanmamıştır. Bu uygulamanın hekimlik standartlarını tamamen ortadan kaldırdığını öne süren hekimler, bu “bir - iki hastalığın doktorluğunu” yapan yalınayak doktorların zamanla yarardan çok zarar getireceklerinden endişe duyduklarını ifade etmişlerdir. Hekimlere göre hükümetin bu uygulaması hekimliğin temel ilkelerinden biri olan “önce zarar vermeyeceksin” öğretisine tamamen aykırıdır.

Aslında bütün bu gelişmeler 1920’li yıllarda Sovyetler Birliği’nde de yaşanmıştır. Sovyet yetkililer de deneme yanılma yöntemiyle, hekimlerin direncini kırmadan topluma hizmet götüremeyeceklerini fark etmişler ve çözümü hekimlerin statüsünü diğer sağlık emekçilerinin düzeyine indirmekte bulmuşlardır. Kuşkusuz böyle bir seçenek ancak politik olarak çok güçlü bir iktidar için mümkündür ve dünyada bunu başarabilecek pek az hükümet vardır.

Bu sorunları aşabilmek için Çin, Sovyet deneyiminden geniş ölçüde yararlanarak, kendi sosyal ve ekonomik yapısına uygun modeller yaratmaya çalışmıştır. Sovyetler Birliği’ndeki feldsher denen yardımcı sağlık personeline benzer görevliler, hemşire, ebe, eczacı yardımcısı, laboratuvar teknisyeni gibi kadrolar lise düzeyinde yetiştirilmeye başlamıştır.

Çin’de sağlık alanındaki en büyük değişim, 1965 yılında Mao’nun ünlü “26 numaralı direktifi” ile başlatılmıştır: “Sağlık hizmetlerinin merkezi köylere kaydırılacaktır”. Bu direktifle her çeşit tıp eğitiminin süresi azaltılmış, şehirlerdeki sağlık personelinin yarısı kırsal alanlara gönderilmiştir.

Böylece sağlıkta yepyeni bir model ortaya çıkmıştır:

- Yalınayak doktorlar: Köylerden alınan ve kırsal alanlarda sık görülen hastalıkların önlenmesi ve tedavisi konularında eğitilen, kendi köyünde hizmet sunan yeni tip bir sağlık emekçisi (sağlık personeli dağılımındaki eşitsizliklere en köklü çözümlerden biridir).

- Komünlere dayalı, yerel olarak finanse edilen kooperatif tarzında sağlık bakımı

Emek-yoğun Model: Yığınların Seferber Edilmesi

Kuşkusuz Çin modelinin en önemli özelliği çok geniş kitlelere dayanmasıdır ve bu nedenle başka ülkeler için örnek olabilmesi çok güçtür. Zaten burada amaç Çin modelini örnek alabilmek için değil, bu model ardındaki toplumcu tıp yaklaşımını ortaya çıkartabilmek amacıyla incelemektir. Bu yaklaşım kavrandıktan sonra, her toplum kendi özgün koşullarına uygun çok sayıda farklı modeller yaratabilir.

Çin’de sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı’nın sorumluluğu altındadır fakat birçok güçlü kurum da sağlık alanında önemli görevler üstlenmiştir. Bu durum da Çin’in kendine özgü koşullarının bir ürünüdür. 1952 Aralık ayında gerçekleştirilen 2. Ulusal Sağlık Konferansı’nda geniş halk yığınları sağlık kampanyasına katılmaya çağırılmıştır. Bu çağrı somut meyvelerini kısa zamanda vermiş ve 1958 Kasım’ında düzenlenen Çin Paraziter Hastalıklar Kongresi’nde “Çin’de paraziter hastalıklarla mücadelenin temelini, geniş halk kitlelerinin bu mücadele için seferber edilmesi” olduğunun altı çizilmiştir: “Beş büyük paraziter hastalık (şistosomiazis, ankilostomiazis, filariasis, kala azar ve sıtma) ancak bütün halkın aktif katılımıyla eradike edilebilir”.

Sağlık için yığınların seferber edilmesi yalnızca önleyici hizmetlerde değil, aynı zamanda iyileştirici hizmetlerde ve araştırma alanında da uygulanmıştır. Bu amaçla yöntemler olabildiğince basitleştirilmiş ve insanların gündelik yaşamlarında kullandıkları materyalin kullanılmasına özen

gösterilmiştir. Tedavi yöntemleri geniş kitlelerin kullanabilecekleri şekilde değiştirilmiş ve en sık görülen hastalıklara öncelik verilmiştir.

Sağlık için yığınların seferberliğinin en önemli araçlarından biri Yurtsever Sağlık Kampanyaları'dır. Yılın belli dönemlerinde birkaç haftalık “şok ataklarla” belirli sağlık sorunlarının üzerine giden bu kampanyalar, mevsimlere dağılarak yıl boyu sürdürülmektedir. Genellikle ülke çapında yürütülen bu kampanyalarda caddeleri temizlemekten, salyangozların yakılmasına, bulaşıcı hastalıklarla mücadeleyle kadar çeşitli halk sağlığı görevleri milyonlarca insan tarafından yerine getirilmektedir. Genellikle 1 – 3 gün süren bu kampanyaların örgütlenmesinde Sağlık Bakanlığı dışında birçok kurum ve kuruluş görev almakta, kampanya günlerinde sağlık neredeyse “bütün ülkenin” (odunun, işçilerin, köylülerin, öğretmenlerin, öğrencilerin... herkesin) tek işi haline gelmektedir.

Çin ilk kez 1952 yılında düzenlediği “dört haşere” kampanyasıyla batının dikkatini çekmiştir. Karasinek, sivrisinek, kemirgenler ve tohum yiyen serçelere karşı başlatılan kampanya, batıya “gülünç” gelebilecek ilkel yöntemlerle (kapanlar, sapanlar vb), hiçbir kimyasal ajan kullanılmadan, fakat büyük bir başarıyla gerçekleştirilmiş ve böylece hem birçok hastalığa vektörlük eden zararlılar temizlenmiş, hem de ürünlerin serçeler tarafından “çalınmasının” önüne geçilmiştir. Bu tür kampanyalar suların kaynatılarak içilmesi, besinlerin sağlıklı saklanması, dişlerin fırçalanması gibi sanitasyon kampanyalarıyla sürdürülmüştür.

Kuşkusuz bu kampanyalar sorunsuz yürütülmemiştir ve birçok eksiklikler görülmüştür. Özellikle bürokrasinin kampanyaların hızına ayak uyduramaması, köylülerin tarlada çalışmak yerine bu kampanyalara katılmayı zaman kaybı olarak görmeleri, bazı yöneticilerin sağlık sorunlarıyla bu yoldan baş edilebileceğine inanmamaları gibi nedenlerle başarısızlıklar yaşanmıştır. Dahası “herkes” sağlık sorunlarını ülkenin en önemli sorunları olarak görmemekte ve zamanını bu kampanyalara ayırmak istememekte, katılsa dahi gönülsüz çalışmaktadır. Kültür Devrimi sırasında bu tür sorunların üzerine çok katı bir şekilde gidilmiş, 1967 yılında kampanyaların yeterince başarılı olmamasından sorumlu tutulan Sağlık Bakanı ve altı Bakan yardımcısı görevden alınmıştır.

Geleneksel İyileştiriciler

Çin de içinde birçok toplum sağlık sorunlarının çözümünde yüzyıllarca geleneksel iyileştiricilere dayanmışlardır. Şüphesiz en azından psikolojik destek sağlayarak kendilerine başvuranlara sınırlı da olsa yardımcı olmaya çalışan geleneksel iyileştiricilerin durumu batı tıbbının gelişmesiyle belirsizleşmeye başlamıştır. İnsanlar bir yandan modern eğitim almış hekimlerin başarılı girişimlerinden etkilenerek batı tıbbını benimserken, diğer yandan batı tıbbının dertlerine derman olamadığı durumlarda yine eski iyileştiricilerden medet ummuşlardır.

28 Haziran 1949'da Şanghay'da ilk toplantısını yapan Çin Tabipler Birliği geleneksel Çin tıbbına karşı katı bir tutum almış ve bilimsel olmayan bu tıbbın ortadan kaldırılması gerektiğine karar vermiştir. Bu dönemde Çinli yöneticiler de geleneksel hekimlere ilişkin tutum belirlemek konusunda kararsız kalmışlardır. Bir yanda yürekten inandıkları bilim, diğer yanda binlerce yıllık bir gelenek durmaktadır.

1944 yılında yaptığı bir konuşmada Mao, “yalnızca yeni hekimlere bel bağlayarak sorunlarımızı çözemeyiz. Şüphesiz yeni hekimler, eski hekimlerden üstündür, fakat kitlelerin acılarını umursamazlarsa ... yüksek ölüm hızına aldırılmazlarsa... Görevimiz eski toplumdan gelen fakat faydalı olan bütün entelektüellerle, sanatçılarla ve doktorlarla birleşmek, onlara yardımcı olmak, onları eğitmek ve yeniden yoğurmaktır. Eğer uygun davranırsak yardımımızı kabul edeceklerdir”.

Çin’de toplanan Birinci Ulusal Sağlık Konferansı, Çin Tabipler Birliği’nin kararına karşın yeni hekimlerle eski iyileştiricilerin birlikte çalışmasına karar vermiştir. Böylece en iyi olasılıkla sayıları 40 bin kadar olan batı tıbbıyla eğitilmiş hekimin yanına 500 bin geleneksel hekim katılarak sağlık ordusu güçlendirilmeye çalışılmıştır.

Madalyonun diğer yüzünde ise geleneksel iyileştiricilerin yeni hekimlere karşı derin bir güvensizliği ve yeni yöntemlere karşı direnci söz konusudur. 1950 Mart’ında geleneksel hekimlerle bir araya gelen Sağlık Bakanı Li Te-ch’uan geleneksel iyileştiricilere saygı duyduklarını, fakat geleneksel iyileştiricilerin de bilimsel yöntemleri kabul etmek ve teknik düzeylerini yükseltmek için yeni hekimlerle işbirliği yapmak zorunda olduklarını belirtiyordu.

Ancak modern eğitim görmüş hekimler geleneksel hekimlerle işbirliğine girmek istememiş ve onları hor görmeye devam etmişlerdir. Geleneksel hekimleri Çin Tabipler Birliği'ne kabul etmeyen modern hekimler, devlet tarafından hastanelerde görevlendirilen geleneksel hekimleri hastalara yaklaştırmamışlardır.

Modern hekimlerin geleneksel iyileştiricilerle birlikte çalışmayı kabul etmeleri için uzun zaman geçmesi ve özellikle kırsal alanlarda geleneksel hekimlerin gerçekten bazı sağlık sorunlarını çözmekte oldukça başarılı olduklarını gözleriyle görmeleri gerekmiştir. Geleneksel iyileştiriciler özellikle insana bir makine muamelesi yapan batı tıbbının eksik bıraktığı psikolojik destek konusunda hastalara yardımcı olmaktadır. Geleneksel bir hekimin elini tuttuğu hastanın yüzündeki ifadeyi gören modern hekimler, kendilerinin de geleneksel iyileştiricilerden öğrenmeleri gerektiğini kavramışlardır.

Zaman içinde geleneksel hekimlerin bitkisel tedavi konusunda çok derin bilgilere sahip oldukları görülmüştür. Batılı ilaçlarla kıyaslandığında neredeyse bedavaya mal olan geleneksel ilaçların da bazı durumlarda modern ilaçlar kadar etkili olduğunu gören modern hekimler, bu bitkileri ilaç olarak kullanmaya başlamışlardır.

Bu deneyimler Çin'de tıbbın zenginleşmesine yol açmıştır. Modern hekimler geleneksel hekimleri hastalarının akupunktur ile anestezisi için ameliyathanelerine kabul ederken, geleneksel kırıkçıları modern tıbbın röntgen filmlerini kullanmanın hastalarını iyileştirmedeki üstünlüğünü kabul etmişlerdir.

Çin'in Toplumcu Tıp Deneyiminden Dersler

Öncelikle Çin'de yaşanan toplumcu tıp deneyiminin yalnızca tıp alanıyla sınırlı olmadığını, bütün toplumsal – ekonomik yaşamı kapsayan bir toplumsal proje olduğunun altını çizmek gerekir. Çünkü örneğin Kültür Devrimi döneminde tarımdaki kolektifleşme ve kırsal komünlerin kuruluşu ve işleyişi anlaşılmadan, yalınayak doktorların anlamını ve önemini kavrayabilmek mümkün değildir.

Çin'de denemiş toplumcu tıp modelinin mali kaynağı köy komünleri düzeyinde örgütlenmiş kooperatif sağlık fonlarıdır. Her komün üyesinin belli bir yıllık ücret (aidat) ödeyerek katıldığı fona aşağı yukarı toplanan miktar kadar bir para da üretim birimi tarafından eklenir. Fondaki toplam

meblağ, komünün toplam kazancına göre değişecektir. Komün üyeleri ödedikleri aidat karşılığında komünün sağlık istasyonu ve kliniğinden ücretsiz veya küçük bir katkı ödeyerek hizmet alır. Hastaneye sevk edilen hastaların tedavi giderlerinin % 80'i fon tarafından ödenir.

Belki de dünyadaki en ucuz sağlık sigortası olan bu uygulama dahi (kişi başına yılda yaklaşık yarım dolar) Çinliler için bazen ödenmesi güç bir aidat olabilmektedir. Bu nedenle ve kimi durumlarda kötü yönetim ya da batı ilaçlarının aşırı kullanımı yüzünden fonlar zaman zaman açık vermektedir.

Çoğu batılı yazar Çin'e bakarken gözlerindeki batı merceklerini bir kenara bırakamadıklarından yalınayak doktorları birer paramedik veya yardımcı sağlık personeli olarak tanımlamaya çalışmışlardır. Bunun nedeni batılı yazarların başka bir dünya hayal edememeleridir. Oysa yalınayak doktorlar ne birer paramedik, ne de yardımcı sağlık personelidir.

Öncelikle yalınayak doktorların bir doktor veya sağlık personeli gözetiminde değil, birer doktor gibi “bağımsız” çalıştıklarını anımsamak gerekir. Oysa hiçbir paramedik veya yardımcı sağlık personelinin “bağımsız” olarak hastalara müdahale etmelerine izin verilmez ve daima hekimlerin gözetiminde çalışır, hekimlerin taleplerini yerine getirirler. Yalınayak doktorlar kelimenin tam anlamıyla yarım-zamanlı doktor ve aynı zamanda yarım-zamanlı köylülerdir. Yani günün belli zamanlarında tarlada çalışırken, gereksinim duyulduğunda doktorluk yaparlar. Bir hekim gibi bölgelerinde sık görülen hastalıklara herhangi bir yardım almadan tanı koyabilecekleri ve tedavi edebilecekleri şekilde eğitilmişlerdir. Özetle yalınayak doktor deneyimi tamamen Çin'e özgüdür ve daha sonraki yıllarda David Werner tarafından Meksika'da yürütülen bir başka toplumcu tıp uygulamasına esin kaynağı olmuşlardır.

Yalınayak doktorların eğitimi bölgeden bölgeye değişmekle birlikte Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanmış bir rehberi izler. Kırsal komünden komün köylüleri tarafından yalınayak doktor olmak üzere seçilmiş ilkokul veya ortaokul mezunu gençler 2 – 3 yıllık tıp okullarına katılırlar. Komün klinikleri, kırsal kesim hastaneleri ve mobil tıp ekipleri tarafından desteklenen bu okullarda müfredat yerel sağlık sorunları ve hastalık kalıplarına göre belirlenir.

Yılın tarımsal faaliyetin yoğun olmadığı aylarında tam zamanlı eğitim gören öğrenciler, tarımsal faaliyetin yoğunlaştığı aylarda çalışmak için köylerine dönerler. Eğitimlerinin birinci yılını

tamamlayan yalınayak doktorlar, komün kliniklerinin ve mobil ekiplerin rehberliğinde staja başlarlar. Bu aşamada bir yalınayak doktor 40 kadar ilacı nasıl ve hangi durumlarda reçete edebileceğini bilmekte ve sık görülen yerel hastalıkların tedavisi için 50 kadar akupunktur noktasını kullanabilmektedir. İki veya üçüncü yılın sonunda bir yalınayak doktorun 100 kadar hastalığı tedavi edebilmesi, kan nakli, akupunktur gibi 30 kadar klinik beceriye sahip olması ve 80 – 90 çeşit Çin veya batı ilacını reçete edebilmesi beklenmektedir.

Uygulamada yalınayak doktorlardan, eğitimlerinde öğrendiklerinden fazlasını yapmaları istenmektedir. Örneğin bir vakayı sevk etmeden önce hastanın sorununu çözmek için her yolu denemeye teşvik edilmektedirler. Kuşkusuz “önce önleyici hizmet” ilkesi doğrultusunda yalınayak hekimler önleyici hizmetlerden de sorumludur. Aşılama programları, sağlığa ilişkin verilerin toplanması, sanitasyon kampanyaları yürütür. Dahası her yalınayak doktor köyündeki her üretim birimi için bir sağlıkçı da yetiştirmektedir.

Yalınayak doktorlara ilaç yapımında kullanabileceği bitkiler de öğretilmekte ve yalınayak doktor boş zamanlarında topladığı bitkilerden ilaç yapmaktadır. Bütün bunların yanında gününün en az yarısını tarımsal çalışmayla geçiren yalınayak doktor, bu sayede köylülerine asla yabancılaşmamakta, her zaman bir köylü olarak kalmaktadır.

1966 yılına dek yalınayak doktorlara sabit bir ücret ödenmiştir. Bu ücret sıradan bir tarım işçisinin ücretinden daha yüksektir. Kültür Devrimi sırasında önce ücretinin yarısını sabit olarak alması, geri kalanını tarımsal çalışmasına karşılık kazanması istenmiştir. 1968’den sonra ücretler tamamen tarımsal çalışma karşılığında verilmiştir. Bu uygulama yalınayak doktorların gelirlerinin azalmasına yol açmıştır.

Ne yazık ki yalınayak doktorların klinik başarılarını değerlendiren bilimsel yayınlar bulunmamaktadır. Toplum tarafından nasıl karşılandıklarına ilişkin bilgiler anektodal niteliktedir. Bütün bunlara karşın uygulama benzersizdir ve sağlık alanında yaşanan yabancılaşmaya çok anlamlı bir yanıt olma potansiyeli taşımaktadır.

Çin'in toplumcu tıp modelinin ayırt edici özellikleri şunlardır:

- Bir yanda sağlık ve tıbbi bakım sistemi, diğer yanda üretim ve ekonomik kalkınma arasındaki bağa vurgu
- Kaynakların kentlerde yaşayan elitlerin hastalıklarını araştırmak ve tedavi yerine kırsal alanlarda yaşayan nüfusun ezici çoğunluğunun sık görülen hastalıklarıyla mücadele etmek için kullanılması
- Önleyici hizmetlere vurgu
- Hedeflere ulaşabilmek için emek-yoğun yöntemlerin (kitlesele kampanyalar) ve orta düzey teknolojinin kullanımı
- Sağlık bakımında kontrolün tıp profesyonellerinden alınması; sağlık sistemini geliştirmek ve genişletmek için geleneksel iyileştiricilerin kullanılması; becerileri özgül görevleri karşılayabilen yeni tip sağlıkçıların eğitimi
- Bütün eğitim programlarında öğrencilere, öğretmenlere ve uzmanlara özel toplumsal oryantasyon verilmesi

Özet

Tıp eğitimi ve sağlık hizmetinin örgütlenme tarzı Çin'in politik ve sosyo-kültürel yapısının bir parçasıdır. Yani tek başına yalınayak doktorlar bir anlam ifade etmez, yalınayak doktorlar köy komünlerinde bir anlam taşır. Diğer yandan sağlık etkinlikleri de eğitim, tarım gibi diğer ulusal kalkınma programlarının bir parçasıdır. Sağlık hizmeti politik bir etkinliktir.

Sağlık bakımı ile ekonomik kalkınma ve üretim doğrudan ve açık bir şekilde birbirlerine bağlıdır. Çin'de sağlık planları üretim planları içinde yapılır.

TOPLUMCU TIP SEMİNERLERİ

Çin sağlık hizmetleri açıkça insanların çoğunluğunun yaşadığı kırsal kesime yönelik olarak örgütlenmiştir.

Çok büyük kitlelerin sağlık etkinlikleri için seferber edilmesi Çin modelinin ayırt edici bir özelliğidir ve benzersizdir.

Tıp profesyonellerinin sağlık üzerindeki tekeli kırılmış ve sağlık emek gücü halkın çoğunluğunun sağlık sorunlarını çözmek üzere yeni rol modeller kullanılarak yeniden kalıba dökülmüştür.

Sağlık hizmetleri tamamen desentralize edilmiş bir sistemde, bütünüyle yerel gereksinimlere göre örgütlenmiştir.

Sonsöz

Çin'in toplumcu tıp deneyiminin Dünya Sağlık Örgütü'nün politikaları üzerinde büyük etkileri olmuştur. Bu deneyimin başarılarından etkilenen ülkeler 1978 yılında Alma-ata Konferansı'nda temel sağlık hizmeti anlayışını benimsemişler ve 2000 Yılında Herkese Sağlık stratejisini benimsemişlerdir.

UNICEF Başkanı James P. Grant, Dünya Çocuklarının Durumu 1980 – 1981 için kaleme aldığı giriş yazısında (Buradan 2000'e) Çin'e şu cümlelerle atıf yapmaktadır:

“1950 yılında Çin’de ortalama yaşam beklentisi 45 yılın altındaydı. Bugün 70 yılı aşabilir. Aynı dönemde ilkokula kayıt hızı % 25’ten % 94’e yükseldi ve gelişmekte olan dünyadaki en yüksek hızlarından biri olan bebek ölüm hızı şimdi en düşükler arasında. Fakat bugün Çin’de kişi başına net olmayan ulusal ürünün 300 doların altında olduğu tahmin ediliyor ki bu düşük gelirli ülkelerin çoğunun 2000 yılında ulaşmayı umdukları düzeye yakındır”.

“Çin’in ve 1.6 milyon Çinli yalınayak doktorun öncülüğünü yaptığı temel sağlık hizmetleri yaklaşımı, alternatif bir stratejidir. Ve DSÖ ile UNICEF 1978 sonlarına doğru Sovyetler Birliği’nde, Alma Ata’da bu bayrak altında Dünya Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı’nı düzenlemiştir”.

KAYNAKLAR

Baum, F. (2007). Health for All Now! Reviving the spirit of Alma Ata in the twenty-first century: An Introduction to the Alma Ata Declaration, *Social Medicine*, 2(1): 34 – 41.

Koplan, JP., Hinman, AR., Parker, RL., You-Long, G. ve Ming-Ding, Y. (1985). The Barefoot Doctor: Shanghai County Revisited. *American Journal of Public Health*, 75(7): 768 – 770.

Rosenthal, MM. ve Greiner, JR. (1982). The Barefoot Doctors of China: From Political Creation to Professionalization. *Human Organization*, 41(4): 330 – 341.

Sidel, VW. (1982). Medical care in China: equity vs modernization. *American Journal of Public Health*, 72: 1224 – 1225.

Smith, AJ. (1974). Barefoot Doctors and the Medical Pyramid. *British Medical Journal*, 2: 429 – 432.

UNICEF. (1980). The State of World's Children. Geneva.

Werner, D. ve Sanders, D. (1997). Questioning the solution: The politics of Primary Health Care and Child Survival. Palo Alto: HealthWrights.

Wilenski, P. (1976). The Delivery of Health Services in the People's Republic of China. Ottawa: International Development Research Centre.

Xiaoping, F. (2008). From union clinics to barefoot doctors: healers, medical pluralism, and state medicine in Chinese villages, 1950–1970. *Journal of Modern Chinese History*, 2(2): 221 – 237.

You-Long, G. ve Li-Min C. (1982). The Role of Barefoot Doctors. *American Journal of Public Health*, 72: 59 – 61.

Zhang, D. ve Unschuld, PU. (2008). China's Barefoot Doctor: Past, Present, and Future. *The Lancet*, 372(9653): 1865 – 1867.

TOPLUMCU TIP SEMİNERLERİ

**SANİTASYON YÜRÜYÜŞÜ: SAĞLIK STANDARTLARINI İYİLEŞTİREREK
HASTALIKLARIN ORTADAN KALDIRILMASI**



**İŞÇİ-HEKİM BOYA TEMASI KAYNAKLI BİR TEMAS DERMATİTİ VAKASINA
MÜDAHALE EDİYOR**



TOPLUMCU TIP SEMİNERLERİ

SİNCAN UYGUR ÖZERK BÖLGESİ, TANRI DAĞLARININ ETEKLERİNDE BİR ÇİFTLİK, ORDU SAĞLIK EKİBİNİ KARŞILIYOR



ARAŞTIRMACILAR HAYVAN DENEK ÜZERİNDE BİR HERBAL ANESTEZİK DENİYOR



PEKİN'DE BİR ÇOCUK HASTANESİNİN REKREASYON ODASI



PİRİNÇ TARLALARINDA GÜBRE OLARAK KULLANILMAK ÜZERE TUVALET ATIKLARI TOPLANİYOR



BİLİMSEL TIP EĞİTİMİ ALMIŞ BİR HEKİM İLE GELENEKSEL HEKİM BİR HASTAYI BİRLİKTE DEĞERLENDİRİYOR



AMELİYAT OLAN BİR HASTAYA HERBAL ANESTEZİK KULLANILARAK ANESTEZİ VERİLİYOR



TOPLUMCU TIP SEMİNERLERİ

YALINAYAK HEKİM İŞÇİLERE MEVSİMSSEL HASTALIKLARA KARŞI KORUYUCU TEDBİR OLARAK TIBBİ BİTKİLERLE HAZIRLADIĞI PREPARATI DAĞITIYOR



BİR ÇİFTLİKTE YALINAYAK HEKİMİN SAĞLIK İSTASYONU



KORUYUCU HEKİMLİKTEN TOPLUMCU SAĞLIĞA GİDEN YOLDA: NORMAN BETHUNE (1890 – 1939)

Norman Bethune 1890 yılında Kanada'nın Ontario eyaletinde dünyaya gelmiştir. Kısacık ömrüne birçok hayat sığdırmayı başaran Bethune, daha çok İspanya İç Savaşı sırasında gerçekleştirdiği kan nakli çalışmaları ve Çin'de Mao'nun yanında katıldığı ulusal ve toplumsal kurtuluş savaşındaki yararlılıkları ile bilinir. Ancak bu çalışmada Bethune, koruyucu hekimlikten toplumcu sağlığa giden yolda toplumcu sağlık anlayışına katkıları bakımından ele alınacaktır.

Yaşlı kıtada doğan toplumcu sağlık anlayışı, Kuzey Amerika'da ilk kez Norman Bethune ile sahneye çıkmıştır. Kanada'daki tıp eğitiminin ardından İngiltere'de cerrahi alanında uzmanlık eğitimi alan Bethune, Göğüs Cerrahisi olarak 1932 yılında McGill Üniversitesi'nde ders vermeye başlamıştır.

Sağlığa toplumcu bir bakış açısıyla yaklaşan Bethune, 1934 yılında Montreal İlericiler Kulübü'nde tüberkülozun toplumsal boyutlarını ortaya koyan konferanslar vermiştir. Bu dönemde Kanada'da sağlık hizmetlerinden (özel muayenahaneler ve hastaneler) sadece bedelini ödeyebilenler yararlanabilmektedir. Sağlık hizmetlerinin ücretsiz sunulması gerektiğine inanan Norman Bethune Montreal İşsizler Birliği üyelerine kişisel olarak ücretsiz hekimlik hizmetleri sunmaya başlamıştır. Kısa zamanda fakültesindeki meslektaşlarını yoksulları ücretsiz olarak muayene etmeye ikna eden Bethune, Kiliseler ve yardım kuruluşlarının da desteği ile Montreal'in en yoksul mahallelerinden biri olan Vedune'da ilk ücretsiz tüberküloz kliniğini açmıştır.

1935 yılında katıldığı bir konferansta Sovyetler Birliği'nde de sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak sunulduğunu öğrenen Norman Bethune, bu uygulamayı yerinde görmek üzere Sovyetler Birliği'ni ziyaret etmeye karar verir. Aynı yıl Ağustos ayında sınıf arkadaşı Dr. Frederick Banting (insülin alanındaki çalışmalarıyla Nobel ödülü almıştır) ile birlikte SSCB'de düzenlenen 15. Fizyoloji

TOPLUMCU TIP SEMİNERLERİ

Kongresi'ne katılan Bethune, Kongre sonrasında bu ülkede bir süre daha kalarak sağlık hizmetlerini incelemiştir.

Bu dönemde SSCB “batı” dünyası için kapalı bir kutudur. Banting ve Bethune’un SSCB izlenimlerini aktarmak üzere verdikleri konferanslara Kuzey Amerika’dan çok sayıda hekim katılmıştır. 20 Eylül 1935’de Montreal Tıp – Cerrahi Cemiyeti’nde verdiği bir konferansta Bethune, Sovyetler Birliği’nde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine ilişkin geniş bilgiler sunmuştur.

Banting ve Bethune’un konferansları yalnızca tıp çevrelerinde değil, aydınlar ve emekçiler arasında da büyük ilgiyle karşılanmıştır. Kanada’da sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi talebi başta sendikalar olmak üzere işçi ve emekçi kuruluşları tarafından benimsenmiş ve başta Kanada Komünist Partisi olmak üzere ilerici partiler sosyalleştirmeyi siyasi programlarına almışlardır.

Norman Bethune 1936 yılında Montreal’de hekim, diş hekimi, hemşire ve sosyal çalışmacı arkadaşlarıyla birlikte Halkın Sağlık Güvencesi İçin Montreal Grubu’nu kurarak, Montreal eyaletinde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi için bir plan hazırlamaya başlamıştır. Grup çalışmalarının sonunda şunları önermiştir:

- Ücretliler için zorunlu sağlık sigortası
- Kamusal sağlık hizmetlerinin belediyeler bazında (yerel) örgütlenmesi ve belediye hastanelerinde görevlendirilecek hekim, diş hekimi ve hemşire ekipleri oluşturulması
- Her 500 işsiz için belediyelerde istihdam edilecek bir hekim görevlendirilmesi ve giderlerin merkezi hükümet tarafından karşılanması

Aslında *Halkın Sağlık Güvencesi İçin Montreal Grubu* sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi için çok daha kapsamlı bir plan hazırlamıştır, fakat daha ileri önerilerin dönemin liberal Quebec eyalet hükümeti tarafından kabul edilmeyeceği endişesiyle önerilerini bunlarla sınırlamıştır.

Dr. Bethune bu önerileri hükumete sunmadan önce sağlık emekçilerinin görüşlerini almak üzere *Montreal Tıp – Cerrahi Cemiyeti*’nde paylaşmıştır. Toplantıda liberal hekimler, devlete toplumsal

yaşamın düzenlenmesinde sorumluluk verilmesine karşı olduklarından (devlet sadece güvenliği sağlamalı, toplumsal yaşama hiçbir şekilde müdahale etmemelidir) sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine karşı çıkmışlardır. Bazı hekimler özel sigorta şirketlerinin sağlık alanında sigorta yapabileceğini ve dileyenlerin böylece bedelini ödeyerek sağlık güvencesi satın alabileceklerini savunmuşlardır.

Meslekdaşlarından istediği desteği bulamayan Norman Bethune, 1936 Temmuz'unda Quebec hükümetine her biri kademeli olarak diğerlerinden daha kapsamlı olan dört sosyalleştirme planı sunmuş ve planların bir kopyasını da meslek kuruluşları, Kiliseler ve sosyal yardım örgütlerine göndermiştir.

Bu yıllarda dünyayı saran faşizm rüzgarları Kanada'yı da etkisi altına almış ve İkinci Paylaşım Savaşı öncesinde yükselen anti-komünist histeri, Bethune'un sosyalleştirme planlarını komünizm propagandası olarak yaftalamıştır. Aslında en azından yoksullara sağlık hizmetlerinin ücretsiz sunulması gerektiğini düşünen ve bu konudaki hayırsever girişimleri destekleyen din adamları ve Kilise dahi, komünistlik suçlamasıyla karşılaşmamak için planları görmezden gelmeyi tercih etmişlerdir.

Bu dönemde Kanadalı din adamları, aydınlar ve öğrenciler tarafından oluşturulan anti-faşist cepheye Komünist Enternasyonal'in benimsediği sınıfa karşı sınıf politikası nedeniyle soğuk bakan Kanada Komünist Partisi, Enternasyonal'in 1935 yılında gerçekleşen 7. Kongresinde Georgi Dimitrov tarafından yapılan faşizm analizi ile bu politikasını değiştirmiş ve anti-faşist cepheye katılmıştır. Cephe Bethune tarafından önerilen sosyalleştirme planını kendisi için sağlık politikası olarak benimsemiştir.

Savaşın sonuna doğru Saskatchewan eyaletinde iktidara gelen anti-faşist cephe (Co-operative Commonwealth Federation) Kuzey Amerika'nın ilk, Amerika kıtasının ise Şili'den sonra ikinci sosyalist hükümetini kurmuştur. Bir din adamı olan Thomas Douglas liderliğinde kurulan hükümet Bethune tarafından Quebec eyaleti için hazırlanan sosyalleştirme planını yaşama geçirmiştir. Planın kısa sürede büyük başarı kazanması sonucu Kanada'nın bütün eyaletleri 1960'larda sağlık hizmetlerini sosyalleştirmişlerdir.

Sosyalleştirilmiş Tıp Üzerine - Montreal 1936 (Seçmeler)

Sağlığı korumanın en iyi yolu, hastalık üreten, cehaleti, yoksulluğu ve işsizliği yaygınlaştıran ekonomik sistemin değiştirilmesi olabilir. Her bireyin kendi sağlık bakımı hizmetini kendisinin satın alması uygulaması yürümektedir. Bu, adaletsiz, verimsiz, savurgan ve tamamen zamanı geçmiş bir uygulamadır.

Doktorlar, yardımseverler ve hayır kurumları bu uygulamayı sürdürebildikleri kadar sürdürdüler. Bu uygulama yüz yıl önce, 19. yüzyıl başlarında sanayi devriminin başlamasıyla eceliyle sona ermeliydi. Oldukça ileri, modern sanayi toplumumuzda özel sağlık diye bir şey yoktur, sağlık kamusaldır. Toplumun bir bireyinin hastalık ve rahatsızlıkları diğer bütün bireylerini etkilemektedir. Halkın sağlığının devlet tarafından korunması, devletin yurttaşlarına karşı temel yükümlülüğü ve görevi olarak kabul edilmelidir. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri ve özel sağlık hizmetlerinin kısıtlanması veya ortadan kaldırılması, soruna gerçekçi bir çözüm olarak görünmektedir.

Gelin sağlık hizmetlerinden karı, kişisel ekonomik kazancı çıkartalım ve mesleğimizi açgözlü bireycilikten arındıralım. Gelin hemşhriyelerimizin sefaleti pahasına zenginleşmemizi bir ayıp haline getirelim. Gelin örgütlenelim ki politikacılar bizi sömüremesinler. Gelin tıbbi etiği yeniden tanımlayalım, hekimler arasında bir mesleki “deontoloji kuralları” olarak değil, tıp ile halk arasında temel ahlak ve adalet kuralları olarak tanımlayalım.

Meslek odamızda enteresan vakaları değil, çağımızın büyük sorunlarını, sağlık ve devlet ilişkisini, mesleğimizin halka karşı ödevlerini, içinde yaşadığımız sosyolojik ve ekonomik yapıyı daha sık tartışalım. Bu önemli gündelik sorunlarımızın, dar anlamıyla teknik ve bilimsel değil, ekonomik ve toplumsal olduklarını kabul edelim.

Tıp, günümüzdeki diğer kurumlar gibi – Kilise ve Baro gibi – liderlerini güncel sosyal ve ekonomik sorunlara karşı tutumlarıyla yargılıyor. Modern tıpta önde giden hekime ve meşhur cerraha daha az, uzak görüşlülere ve toplum tasarımcılarına daha çok gereksinimimiz var.

Hekimler halkın sağlığının geleneksel, tarihsel ve fedakar koruyucuları olarak bunu yapmak zorunda.

TOPLUMCU TIP SEMİNERLERİ

Gelin hükumete bütün halk için, bütüncül, kapsamlı, planlı bir sağlık programı sunalım. Bu planın değerlendirilmesinden sonra hekimlik kendisini ne konumda bulursa bulsun, bunu kabullenmelidir. Halk sağlığı sunağına sunulacak bu apaçık fedakarlık, şanlı Anka kuşunun küllerinden dirilmesi gibi hekimliğin yükselişiyle sonuçlanacaktır.

Hastalıklara topluca hücum edebilmek ve bütün elemanlarının mevcut bilimsel bilgisinden sonuna kadar yararlanabilmek için, sağlık baştan aşağı yeniden yapılandırılmalı ve hekim, diş hekimi, hemşire, teknisyen ve sosyal çalışmacı ordusu kaynaştırılmalı ve bütünleştirilmelidir.

Gelin insanlara kaç paraları var diye değil, sana en iyi nasıl hizmet edebilirim diye soralım. Sloganımız “sizin sağlığınız için varız” olmalıdır.

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri; sağlık hizmetlerinin postane, ordu, donanma, mahkemeler ve okullar gibi kamusal mülk haline gelmesi demektir. İkinci olarak, sağlık hizmetleri kamusal fonlardan karşılanır. Üçüncüsü, hizmetler gelire göre değil, gereksinime göre ve herkes içindir. Hayır, hayırseveri de, yardımı alanı da yoldan çıkartır. Dördüncüsü, sağlık çalışanlarının ücretleri ve emeklilik gelirleri devlet tarafından ödenmelidir. Beşincisi, sağlık çalışanlarına demokratik özerklik verilmelidir. 25 yıl önce sosyalist olarak adlandırılmanın nefret uyandıracığı düşünülürdü; bugün sosyalist olmamak gülünçtür.

Sınırlı sağlık sigortası gibi sağlık reformları sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi değildir. Bunlar gereksinimler karşısında günümüzde insan-severliğin ürettiği dejenere sosyalizm biçimleridir.

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerine muhalif olanların üç ana itiraz noktası şunlardır:

- Birincisi, insiyatif yitimi. Bu modern barbarlık çağında eşşek muhtemelen burnunun önünde bir çeşit sebzenin sallandırılmasına gereksinim duyar. İnsan için de altından havuç yerine prestij demeti aynı işi görür.
- İkincisi, bürokrasi. Bu, kurumun aşağıdan yukarıya demokratik kontroluyla düzeltilebilir.

- Üçüncüsü, hastanın hekimi seçebilmesi. Bu bir mittir. Bunun tek savunucusu hekimlerdir, hastalar değil. Sınırlı bir seme hakkı ver – diyelim 2, 3 hekim. Sonra, eğer hasta tatmin olmazsa gönder onu bir ruh sağlığı uzmanına! Erkek kazın sosu, dişi kazı sosudur. Doktorlara da hasta seçme hakkı verilmelidir! Hastaların % 99'u sonuca bakıyor, kişiliklere değil.

Mesleğimiz kendisini birey-yoğun bilimsel bir uğraş olmaktan çıkartmalı, sağlığın ekonomik güvenceden ayrılamayacağını anlayan, toplumcu bir hale getirilmelidir. Sırça köşklerimiz terk edelim ve mevcut ekonomik krizin gerçekliğini kavrayalım. Dünya gözlerimizin önünde değişiyor ve Aesculapius'un ahşap gövdesi, omurgasının altındaki eski oluşumları silip süpüren, yok eden büyük dalgayı ve yükselen dünyanın hareketini hissetmeye başlıyor. Dalga ile birlikte gitmek zorundayız, yoksa enkaz haline geleceğiz.

Bugün dünyadaki çatışma, vahşi bireyciliğe inananlarla yaşamı herkes için daha iyi bir hale getirmek için kolektif çaba harcamak gerektiğine inananlar arasındadır. İnsanlar sosyalleştirmeye hazır. Halkın sağlık güvencesine kavuşmasını engelleyenler bu mesleğin içindekilerdir. Bu, mevcut durumun en önemli gerçeğidir. Bu insanlar kendi ilkelerini gericinin sahtekar yüzü ya da boşvermişliğin umursamazlığı ile hekim ile hasta arasındaki “kutsal” ilişkinin sürdürülmesi, kar amacı gütmeyen kamulaştırılmış işletmelerin verimsizliği, sosyalizm tehlikesi ve bireyin bağımsızlığı tezlerinin ardına gizliyorlar.

Hekimliğin bugün yüzyüze olduğu durum hekimlik içindeki iki gücün çatışmasıdır. Biri tarihsel çıkarlarımızı, özel mülkiyetimizi, sağlık hizmetlerinin dağıtımını üzerindeki tekelimizi sürdürmenin önemli olduğunu savunuyor. Diğeri, hekimliğin işlevinin hekimin konumunu sürdürmekten daha önemli olduğunu, halk sağlığının güvence altına alınmasının hekimlerin temel ödevi olduğunu, bizlerin (hekimlerin) insanların efendisi değil hizmetkarı olduğumuzu ve insan haklarının mesleki ayrıcalıklardan daha üstün olduğunu savunuyor. Yüzyıllar ötesinden gelen Shakespeare'in karakteri dördüncü Henry'nin meydan okuması hala kulaklarımızda yankılanıyor: Hangi kralın egemenliğini istiyorsun dilenci, konuş ya da öl!

Tartışma

Koruyucu hekimlikten toplumcu sağlığa giden yolda önemli kilometre taşları oluşturan Engels, Virchow ve Allende ile karşılaştırıldığında, özgün düşüncelerinden çok eylemleriyle ve Engels, Virchow ve Allende tarafından ortaya konan toplumcu sağlık anlayışının yaşam geçirilmesiyle öne çıkan Norman Bethune, insanların tek başlarına dahi birşeyler yapabileceklerini ve tarihin akışına müdahale edebileceklerini yaşamıyla kanıtlamıştır.

Ancak Bethune'un bireysel çabaları ve eylemleri on sekizinci ve on dokuzuncu yüzyıl romantiklerinininkilerden çok farklıdır. Örneğin Bethune'un Montreal'de hastalara ücretsiz bakmaya başlaması, Fidel Castro'nun Küba'da toprak reformuna önce kendi ailesinin topraklarını dağıtmakla başlamasına benzer, bir başka deyişle öncülüktür.

Norman Bethune, öncellerinden farklı olarak toplumcu sağlık anlayışına tamamen insani kaygılarla ulaşmıştır. Yaşamının büyük bölümünde politika ile uzak – yakın hiçbir ilişkisi olmayan Bethune'u toplumcu tıba götüren temel güdülerden biri, mesleki uygulamaları için hastalardan ücret almak istemeyişidir. Hekimlik hizmetini tamamen insani kaygılarla alınıp – satılır bir mal olarak görmek istemeyen Bethune, hekimlerin hastalarından para istememesi gerektiğini, hekimlerin yaşamlarını sürdürebilmeleri için gerekli ücretin devlet tarafından verilmesi gerektiğini savunmuştur. İngiltere'de uzmanlık eğitimi almış ve aranan önemli bir göğüs cerrahı olmasına karşın muayenehane açmaması nedeniyle eşi tarafından terk edilmiştir.

1930'lara, diğer bir deyişle 40 yaşına kadar politikaya ilgisiz kalan Bethune'un politikaya ilgisi, mesleği gereği üzerinde yoğunlaştığı tüberküloz vakalarından öğrendikleriyle başlamıştır. 1932 yılında yayınladığı bir makalesinde “tüberküloza yakalanan zenginler iyileşirken, yoksullar ölüyor” belirlemesini yapan Bethune, öncüllerinin 1848'den beri bu alanda biriktirdikleri bilgi birikiminden habersiz hastalıklar ile ekonomi arasında ilişkiler kurmaya başlamıştır.

Toplumcu tıp alanında görüşleri 1935 Ağustos'unda Sovyetler Birliği'ne yaptığı gezi sırasında berraklaşan Norman Bethune, bu ülkede sağlık hizmetlerinin nasıl emeğin gereksinimlerine göre örgütlendiğini yakından inceleme fırsatı bulmuş ve burada öğrendiklerini Kanada'ya aktarmak için arkadaşlarıyla beraber bir sosyalleştirme planı hazırlamıştır.

TOPLUMCU TIP SEMİNERLERİ

Bethune da Virchow ve Allende gibi sağlık hizmetlerinin kamusal olarak örgütlenmesini ve kamu eliyle ücretsiz sunulmasını savunmaktadır:

- Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin postane, ordu, donanma, mahkemeler ve okullar gibi kamusal mülk haline gelmesi demektir.
- İkinci olarak, sağlık hizmetleri kamusal fonlardan karşılanır.
- Üçüncüsü, hizmetler gelire göre değil, gereksinime göre ve herkes içindir.
- Dördüncüsü, sağlık çalışanlarının ücretleri, emeklilik gelirleri devlet tarafından ödenmelidir.
- Beşincisi, sağlık çalışanlarına demokratik özerklik verilmelidir.

Ancak Bethune’da Virchow ve Allende de görülen sağlığın toplumsal belirleyicileri yaklaşımı, bu kadar net görülmemektedir. Vurgu daha çok tıbbi hizmetler üzerine ve bu hizmetlere yoksulların erişebilme hakkına yapılmaktadır.

Norman Bethune pratik bir kişiliğe sahiptir. Sorunlara daha çok gündelik pratik penceresinden bakmayı ve basit çözümler bulmayı tercih eder. Çin’de savaş ortasında, hemen cephede kendisine yardımcı olacak sağlık personelinin yetiştirilmedeki pratikliği olağanüstüdür. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine de aynı pratik yaklaşım içinde bakar ve Montreal kiliseleri önünde ekmek kuyruklarında bekleyen yoksullara kartvizitini dağıtarak işe başlar.

Yaşamının son yıllarında komünist olan Bethune, toplumcu sağlık anlayışı içinde Engels, Virchow ve Allende yaklaşımlarının bir sentezi gibidir. Bir yandan sağlık sorunlarının sosyalist bir devrimle çözülebileceğine inanırken, diğer yandan sosyalizm yolunda yürürken de sağlık alanında bir şeyler yapılabileceğini savunur. Virchow gibi reformların rolünü abartmaz, fakat bu reformların önemini de küçümsemez. Allende’den farklı olarak devrime “barışçıl” yoldan ulaşamayacağını savunur.

KAYNAKLAR

- Akalın, MA. (2007).** Dr. Bethune: Örnek Bir Yaşam Öyküsü. Toplum ve Hekim, 22(4): 291 – 305.
- Allen, T ve Gordon, S. (1952).** The Scalpel, The Sword: The Story of Dr. Norman Bethune. Boston: Little, Brown.
- Anderson, MR., Smith. L ve Sidel. VW. (2005).** What is Social Medicine? Monthly Review, 56(8): 27 – 34.
- Bethune, N. (1973).** The Wounds. Guelph, Ontario: Alive Press Limited.
- Elling, RH. (1981).** Political economy, cultural hegemony, and mixes of traditional and modern medicine. Social Science and Medicine, 15(2): 89 – 99.
- Modell, H ve Waitzkin, H. (1975).** Medicine and Socialism in Chile. Berkeley Journal of Sociology, 19(1974-75): 1 – 35.
- Stewart, R ve Stewart, S. (2011).** Phoenix: The Life of Norman Bethune. Montreal: McGill-Queen's University Press.
- Waitzkin, H. (1978).** A Marxist View of Medical Care. Science for the People, 10(6): 31 – 42.
- Waitzkin, H. (2000).** The Second Sickness: Contradictions of Capitalist Healthcare. 2.nd Ed. Lanham, MD: Rowman & Littlefield Publishers.

OKUMA – 3: NORMAN BETHUNE’UN ANISINA

Kanada Komünist Partisi üyesi Norman Bethune yoldaş, Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri Komünist Partileri tarafından Çin'e gönderildiğinde elli yaşlarındaydı; Japonya'ya Karşı Direnme Savaşımızda bize yardım için binlerce kilometrelik yolu bir çırpıda kat etti. Geçen yılın ilkbaharında Yenan'a gelerek Vutay Dağlarında çalışmaya başladı ve bizi büyük bir üzüntü içinde bırakarak görev başında şehit oldu.

Bu nasıl bir ruhtur ki, bir yabancının hiç kendini düşünmeden Çin halkının kurtuluşu davasını kendi davası olarak benimsemesine sebep oluyor? Bu, her Çinli Komünistin ders alması gereken enternasyonalizm ruhu, komünizm ruhudur. Leninizm bize, dünya devriminin, ancak kapitalist ülkelerin proletaryasının sömürge ve yarı-sömürge halkların kurtuluş mücadelesini desteklemesiyle ve sömürge ve yarı-sömürgelerin proletaryasının da kapitalist ülkelerin proletaryasını desteklemesiyle başarıya ulaşacağını öğretir.

Bethune yoldaş, bu Leninist çizgiyi pratiğe uyguladı. Biz Çin Komünistleri de pratiğimizde bu çizgiyi izlemeliyiz. Bütün kapitalist ülkelerin proletaryasıyla, Japonya'nın, İngiltere'nin, Amerika Birleşik Devletleri'nin, Almanya'nın, İtalya'nın ve bütün diğer kapitalist ülkelerin proletaryasıyla birleşmeliyiz. Çünkü emperyalizmi alt etmenin, milletimizi ve halkımızı kurtarmanın, dünyanın diğer milletlerini ve halklarını kurtarmanın tek yolu budur. Dar anlamda milliyetçiliğe ve dar anlamda yurtseverliğe karşı çıkan enternasyonalizm, bizim enternasyonalizmimiz budur.

Bethune yoldaşın ruhu, kendini hiç düşünmeksizin tamamen başkalarına adanması, çalışmasındaki yüce sorumluluk duygusunda ve bütün yoldaşlara ve halka gösterdiği içtenlikte ifadesini bulur. Her Komünist ondan ders almalıdır. Çalışmalarında sorumsuz hareket eden, ağırdan kaçıp hafifi seçen ve zor görevleri başkalarının üzerine atarak kendilerine kolay görevleri seçen kişiler az değildir. Bunlar daima başkalarından önce kendilerini düşünürler. Ufak bir katkıda bulundukları zaman, gururla kabarırlar ve başkalarının gözünden kaçacak korkusuyla böbürlenir dururlar. Yoldaşlara ve

TOPLUMCU TIP SEMİNERLERİ

halka karşı hiç yakınlık duymazlar; soğuk, ilgisiz ve duygusuzdurlar. Aslında bunlar Komünist değildirler ya da en azından kendilerini davaya adanmış komünistler olarak görülemezler. Cepheden dönenler arasında, Bethune'un adı geçtiğinde hayranlığını belirtmeyen ve onun ruhu karşısında etkilenmeyen yoktu. Şansi-Cahar-Hopey sınır bölgesinde, asker ya da sivil, Dr. Bethune tarafından tedavi edilen ya da onun nasıl çalıştığını gören herkes ondan etkilenmişti. Her Komünist, bu gerçek komünist ruhunu Bethune yoldaştan öğrenmelidir.

Bethune yoldaş bir hekimdi, tedavi sanatı onun mesleği ve Sekizinci Yol Ordusunun tıbbi hizmetinde önemli bir yer tutan bu hünerini sürekli olarak mükemmelleştiriyordu. Yeni bir şey gördükleri anda işlerini değiştirmek isteyen, teknik işleri yararsız ve istikbal vaat etmeyen işler olarak gören kimselere, onun ortaya koyduğu örnek çok iyi bir derstir.

Bethune yoldaşla sadece bir kere karşılaştım. Daha sonraları bana birçok mektup yazdı. Ama çok meşguldüm, ona ancak bir tek mektup yazabildim ve onun da eline geçip geçmediğini bilmiyorum. Ölümüne çok üzüldüm. Şimdi hepimiz onu anıyoruz. Bu onun ruhunun, bize nasıl derin bir ilham kaynağı olduğunu gösterir. Hepimiz, ondan, ne olursa olsun kendimizi hiç düşünmemeyi öğrenmeliyiz. Bu ruha sahip olan herkes halka çok yararlı olabilir. Bir kimsenin yeteneği az ya da çok olabilir; ama o kimse bu ruha sahipse, daha şimdiden mert ve dürüst, sağlam bir ahlaka sahip, adi çıkarlardan arınmış ve halka yararlı bir insandır.

MAO ZEDUNG, 21 Aralık 1939

SALVADOR ALLENDE GOSSENS¹ (1908 – 1973)

Toplumcu tıbbın oluşumu ve gelişimi sürecinde kuramsal alanda önemli katkıları olan (toplumcu tıbbı geri-bıraktırmışlık bağlamında değerlendirmiştir) ve birçok önemli toplumcu tıp uygulamasını başarıyla yaşama geçiren Salvador Allende, 26 Haziran 1908'de Şili'nin üçüncü büyük kenti olan Valparaiso'da² dünyaya gelmiştir.

Anne tarafından Belçikalı olan Allende'nin baba tarafı Valparaiso'ya İspanya'nın Bask bölgesinden göçmüş ve 19. yüzyılda Şili'nin önde gelen politik figürleri arasına girmiştir. Büyükbabası Ramón Allende Padin (1845–1884) bir hekim ve liberal politikacıdır ve Şili'de ilk laik (veya seküler) okulu kurmuştur. Avukat ve noter olan babası Salvador Allende Castro da militan bir Radikal Parti üyesidir.

Öğrenimine Valparaiso'da devam eden Allende ilk gençlik yıllarında, Arjantin'e göçerek burada bir gazete çıkartan ve daha sonra Valparaiso'ya yerleşen İtalyan anarşist Giovanni De Marchi'nin etkisinde kalmıştır. 1925 yılında gönüllü olarak askerlik hizmetini yapan Allende, 1926'da Santiago'da Şili Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne kaydolmuştur.

Öğrenciliğinde aktif olarak politikayla ilgilenen Allende, 1927'de Tıp Fakültesi'nde Öğrenci Derneği başkanlığına seçilmiştir. Marksizm'e ilgi duyan arkadaşlarıyla birlikte 1929 yılında İlerici Grup (Grupo Avance) adlı bir örgüt kurmuştur.

Bu dönemde dünya 1929 bunalımının pençesindedir ve bunalım kendisini Şili'de de bütün ağırlığı ile hissettirmektedir. Emekçilerin mücadelesini sindirmek üzere darbe ile yönetimi ele geçiren diktatör Carlos Ibañez'e karşı yükselen muhalefet içinde yer alan Allende, 1930'da Şili Öğrenci Federasyonu başkan yardımcılığına seçilir.

1930 yılında Almanya’da faşizmin yükselişe geçmesi üzerine ülkesini terk ederek Şili’ye göçen Rudolf Virchow’un asistanlarından patolog Max Westenhofer de Şili Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde yeniden³ patoloji dersleri vermeye başlamıştır. Rudolf Virchow’un toplumcu tıp düşüncelerini Latin Amerika’ya taşıyan Westenhofer, aynı zamanda Allende’nin toplumcu tıp öğretmeni olmuştur.

1931 yılında Üniversite Konseyi’ne öğrenci temsilcisi olarak seçilen Allende, diktatörlük tarafından üniversiteden uzaklaştırılır. Şili’de diktatörlüğe karşı birleşen sol gruplar 26 Temmuz 1931’de Ibañez diktatörlüğünü yıkmayı başarırlar. Ancak Şili Komünist Partisi bu gelişmelerin dışında kalmıştır⁴.

Allende 1932 yılında çıkan afa yeniden üniversiteye döner ve Tıp Fakültesini bitirir. Ancak kısa süren bir özgürlükçü dönemin ardından Şili’ye yeniden gerici hakim olur ve Allende de içinde birçok ilerici hakkında takibat başlatılarak, Allende yine hapse atılır. Kısa süreli bir hapis hayatından sonra dışarı çıktığında “sicili” nedeniyle Valparaiso hastanelerinde hekim olarak iş bulamayan Allende, anatomi-patoloji asistanı olarak çalışmaya başlar.

Doktorasını tamamlayan Allende, tezini *Suç ve Mental Hijyen* adı altında yayınlamıştır. Tezinde dönemin önde gelen Sosyal Darwinci psikiyatristlerinden Cesare Lombroso’nun bazı insanların “doğuştan suçlu olduğu” şeklindeki düşüncelerini eleştiren Allende toplumcu tıp alanındaki ilk kuramsal çalışmasını ortaya koymuştur.

Troçkist, anarşist ve sosyal demokratlarla SSCB’nin ve Komünist Enternasyonal’in sınıfa karşı sınıf çizgisini benimsemeyen sosyalistler, 1933 yılında Valparaiso’da Allende’nin de kurucuları arasında bulunduğu Şili Sosyalist Partisi’ni kurmuşlardır. Popülist politikalarıyla ekonomik bunalımın etkisiyle radikalleşen küçük burjuvazinin de desteğini alan Sosyalist Parti kısa zamanda güçlenir. Allende aynı yıl Jose Vizcarra ile birlikte Ulusal Sağlık Sisteminin Yapısı (Estructura de la Salubridad Nacional) kitabını kaleme almıştır.

1935 yılında Şili Tabipler Birliği yöneticiliğine seçilen Allende, Valparaiso’da Şili Tıp Bülteni’ni yayınlamaya başlar. 1935 Temmuz’unda yeniden tutuklanarak Aralık ayına kadar sürgünde kalacağı Caldera limanına gönderilir.

Bu arada Üçüncü Enternasyonal'in 1935 yılında toplanan 7. toplantısında Giorgi Dimitrov'un faşizmin sınıfsal karakterini ayrıntılı olarak analiz etmesiyle birlikte Komünist Partiler sınıfa karşı sınıf politikasını terk ederek, faşizme karşı birleşik cephe politikasını benimsemişler ve faşizme karşı işçi sınıfı için ittifaklar arayışına girmişlerdir. Şili Komünist Partisi de sekte politikasını değiştirerek faşizme karşı Şili Sosyalist Partisi ile bir ittifak (Ulusal Cephe) kurmuştur.

1936 Mart'ında kurulan Ulusal Cephe'nin bölge yöneticiliğini yapan Allende, Sosyalist Parti'nin Genel Sekreter yardımcılığına getirilmiştir. 1937 seçimlerinde sol güçler büyük bir zafer kazanmış ve Allende'nin de aralarında bulunduğu birçok sosyalist ve komünist milletvekili seçilmiştir.

Ulusal Cephe 1938 yılında Pedro Aguirre Cerda'yı başkan adayı gösterir. Seçimlere "Ekmek, Barınak ve İş" sloganıyla giren Cerda'nın kazanmasından sonra Şili'de de Fransa ve İspanya'da olduğu gibi sol partilerin oluşturduğu Halk Cephesi hükümeti kurulur. Sosyalist Parti bakanlıkların paylaşımında Sağlık Bakanlığı'nı alınca, 1939 yılında Salvador Allende Sağlık Bakanı olmuş ve Şili Sosyalist Partisi'nin Genel Sekreterliği'ne getirildiği 1942 yılına kadar bu görevi sürdürmüştür.

Sağlık Bakanı olduğunda işe ülkesinin sağlık durumunun bir sosyo-politik analizini yaparak başlayan Allende, 1939 yılında Şili'nin Medikal-Sosyal Gerçekliği (La Realidad Médico Social de Chilena) isimli çalışmasını yayınlamıştır³.

Pek çok yönüyle Virchow'un *Yukarı Silezya Tifüs Salgını Raporu*'na benzeyen çalışmada Şili'deki sağlık sorunlarının nedenleri tartışılmaktadır:

- Şili proletaryasını ve köylülerini etkileyen toplumsal kötülüklerin birçoğunun suçlusu serbest rekabettir
- Sağlıklı ve eğitimli bir toplum yetiştirmek için sömürünün ve cehaletin üstesinden gelinmelidir
- Tıbbi önlemler, ancak bunlara ekonomik ve mali çözümler eşlik ederse başarılı olabilir

TOPLUMCU TIP SEMİNERLERİ

• Acımasız sömürü altında çalışan yetersiz beslenmiş insanları sağlıklı kılmak olanaksızdır.

1939 – 1942 yılları arasındaki Sağlık Bakanlığı sürecinde vaatlerinden pek azını yaşama geçirebilme şansı bulan Allende'nin Şili işçi sınıfına en büyük hizmetlerinden biri, Santiago'da yoksulların çok ucuza süt ve süt ürünleri satın alabildiği süt barların açılmasıdır.

Allende 1942 yılında Şili Sosyalist Partisi'nin Genel Sekreterliği'ne getirilmiştir. 1945 yılında Valdivia, Llanquihue, Chiloé, Aysen ve Magallanes bölgelerinden senatörlüğe seçilir. Emperyalistler-arası İkinci Paylaşım Savaşı sonrası bir dünya sistemi haline gelen sosyalizmin Amerika kıtasına yayılmasından endişe duyan Amerika Birleşik Devletleri (ABD), hem ülkesi içinde hem de kıtada muazzam bir anti-komünist kampanya başlatmıştır.

Şili dahil birçok kıta ülkesinde gerici yönetimleri destekleyen ABD, bu ülkelerde komünist partilerin kapatılması için baskı yapmaya başlamıştır.

Bu baskılar karşısında Şili'de de Komünist Partisi'nin yasaklanması girişimleri başlamış ve bu girişimlere karşı ikircikli bir tutum alan Sosyalist Parti 1947 yılında bölünmüştür. Şili Sosyalist Partisi'nin bölünmesi sırasında Komünist Parti'nin kapatılmasına karşı çıkanların yanında yer alarak Sosyalist Halk Partisi'ne katılan Allende, aynı yıl Şili Tıp Akademisi başkanlığına seçilmiştir. 1951 yılında Sosyalist Halk Partisi'nin eski diktatör Carlos İbañez'in adaylığına destek vermesi üzerine bu partiden ayrılarak Şili Sosyalist Partisi'ne dönen Allende, Komünist Parti ile birlikte Halk Cephesi'nin kurulmasını sağlamıştır. 1952 yılında Halk Cephesi, Allende'yi başkan aday olarak gösterir ve seçimlerde Allende yalnızca 52.000 oy (% 5,4) alır.

1950'lerin başlarında herkese ücretsiz tıbbi bakım sağlamayı vaat eden Şili Ulusal Sağlık Hizmeti Yasası'nı hazırlayan Allende, bu reformla birlikte eşitlikçi gelir dağılımı, iş güvencesi, barınma ve beslenmenin iyileştirilmesi ve Şili'deki uluslararası şirketlerin baskınlığının azaltılması konularında da reformlar için mücadele etmiştir.

1957 yılında Sosyalist Halk Partisi ve Şili Sosyalist Partisi tekrar birleşerek, Komünist Parti ile birlikte Halk Mücadele Cephesi'ni kurmuşlardır. Cephe 1958 seçimlerinde Allende'yi Başkanlığa

aday göstermiş, bu kez Allende seçimlerde sağcı aday Jorge Alessandri karşısında oyların % 28,5'ini alarak kaybetmiştir.

Allende Küba devrimini (1959) başından itibaren desteklemiş ve Ernesto Che Guevara ile Fidel Castro'nun yanında yer almıştır. 1961 seçimlerinde Valparaiso ve Aconcagua bölgelerinden senatör seçilmiştir. Aynı yıl Uruguay'a giderek Ernesto Che Guevara ile birlikte İlerici Birlik'in propagandasını yapmıştır.

1964 seçimlerine yine Halk Mücadele Cephesi başkan adayı olarak giren Allende, sağcı Eduardo Frei Montalba karşısında kaybetmiş, fakat bu kez 1 milyona yakın oy almıştır (% 38,6).

1966 yılında Senato başkanlığına gelen Allende, 1967 yılında Havana'daki Üç Kıta Konferansı'na giden delegasyona başkanlık etmiştir. Latin Amerika Dayanışma Örgütü'ne başkanlık yapan Allende, Sovyetler Birliği'ne giderek Ekim Devrimi'nin 50. yılı kutlama etkinliklerine katılmıştır. 1968'de Kore Demokratik Cumhuriyeti, Vietnam Demokratik Cumhuriyeti (burada Ho Chi Minh ile röportaj yaptı), Kamboçya ve Laos'a gitmiştir.

1969'da Chiloe, Aysen ve Magallanes bölgelerinden senatör seçilen Allende, komünistlerin, sosyalistlerin, radikallerin, MAPU, Padena ve Bağımsız Halk Direnişi örgütlerinin katılımıyla kurulan Halk Birliği (Unidad Popular) tarafından 1970 seçimlerinde başkan adayı gösterilmiştir. 4 Eylül seçimlerini oyların % 36,2'sini alarak (rakibi Alessandri % 34,9) kazanan Allende, tarihte kapitalist bir ülkede seçimle işbaşına gelen ilk sosyalist devlet başkanı olmuştur. Altı partinin bir araya gelmesiyle kurulan Halk Birliği hükümeti barışçıl yoldan ve reformlarla sosyalizmi kurmayı (Şili'nin Sosyalizm Yolu)⁵ hedeflemiştir.

1971 Mart'ında yapılan yerel seçimlerde Halk Birliği oyların yarıdan fazlasını alarak (yüzde 50.86) iktidarını pekiştirdikten sonra, 11 Temmuz'daki Onur Günü'nde bakır madenlerinin ulusallaştırılması yasasını Kongre'den geçirmiştir. 1973 Mart ayında gerçekleştirilen genel seçimlerde Halk Birliği oyların yüzde 45'ini alarak parlamentodaki temsil oranını arttırmıştır.

Bu gelişmeler üzerine uluslararası emperyalizm ve Şili sermayesi Hükümet'e karşı saldırılarını keskinleştirmiş ve ülkede terör ortamı yaratmışlardır. Amerika Birleşik Devletleri tarafından 1973

yılında katledilene kadar Başkanlık görevini sürdüren Allende, 11 Eylül’de La Moneda Sarayı’nda katledilmiştir.

Allende’nin politik düşüncelerini yansıtan üç konuşması, marxist.org arşivinde yer almaktadır⁶.

NOTLAR

1. İlk soyadı Allende baba, ikinci soyadı Gossens anne tarafından gelmektedir.
2. Dönemin önemli liman kentlerinden biri olan Valparaíso, altın çağının son günlerini yaşıyordu ve birkaç yıl sonra Panama Kanalı'nın açılmasıyla (1914) ekonomik önemini hızla yitirmeye başladı.
3. Bu konuda detaylı bilgi için bkz: Koruyucu Hekimlikten Toplumcu Sağlığa Giden Yolda: Salvador Allende.
4. Şili işçi sınıfı, geri bıraktırmış ülkelerin emekçileri arasında ilk örgütlenen ve mücadeleye başlayanlardan biridir. Şili madenlerinde 1912 yılında kurulan Sosyalist İşçi Partisi, Bolşevik Parti'nin izinden giderek Üçüncü Enternasyonal'e katılmış ve ismini Şili Komünist Partisi olarak değiştirmiştir. Avrupa'da Birinci Paylaşım Savaşı'nda kendi egemen sınıflarının yanında yer alarak sınıf kardeşlerine kurşun sıkan sosyal demokrat partilere tepki olarak işçi sınıf partileri tarafından benimsenen sınıfa karşı sınıf politikası, işçi sınıfı arasında sınıf bilincinin olgunlaşmasına yardımcı olmuştur. Ancak sermaye Ekim Devrimi sonrasında faşizmi öne sürmeye başlamıştır. Bu gelişmeyi zamanında değerlendiremeyen birçok komünist parti gibi diğer toplumsal güçlerle ittifak politikasına yeterince önem vermeyerek siyasi arenada yalnızlaşan Şili Komünist Partisi, Amerika kıtasını derinden vuran 1929 Bunalımı döneminde siyasal yaşamdaki etkisini yitirmiş ve 1931 yılında diğer sol gruplarca gerçekleştirilen hükümet darbesinin dışında kalmıştır.
5. Halk Cephesi'nin hükümet programı.
6. <http://www.marxists.org/archive/allende/index.htm>

KAYNAKLAR

Akalin, MA. (2010). Toplumcu Tıp: Sovyetler Birliği Deneyimi. İstanbul: Yazılama.

Akalin, MA. (2012). Koruyucu Hekimlikten Toplumcu Sağlığa Giden Yolda: Salvador Allende. http://istanbul.academia.edu/MehmetAkifAkal%C4%B1n/Teaching/32899/Koruyucu_Hekimlikten_Toplumcu_Sagliga_Giden_Yolda_Salvador_Allende.

Allende, S. (1939 [2006]). Chile's Medical-Social Reality. *Social Medicine*, 1(3): 151-155.

Allende, S. (1939 [2005]). Medical and Social Reality in Chile. *International Journal of Epidemiology*, 34: 732 – 736.

Allende, S. (1974). Şili'de Sosyalist Eylem. İstanbul: Bilgi.

APHA Task Force on Chile. (1977). History of the Health Care System in Chile. *American Journal of Public Health*, 67(1): 31 – 36.

Debray, R. (1973). Allende Anlatıyor. İstanbul: May

Muir, R ve Angell, A. (2005). Salvador Allende: his role in Chilean politics. *International Journal of Epidemiology*, 34(4): 737 – 739.

Turina, BG. (2011). Biografía de Salvador Allende Gossens. Biblioteca Ministerio de Salud. <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2011/09/Biografia-de-Salvador-Allende-Gossens.pdf>.

Schuftan, C. (2006). A True Jewel In The Annals Of Social Medicine: Young Allende's Early Legacy. *Social Medicine*, 1(3): 148 – 150.

Waitzkin, H. (2005). Salvador Allende and the birth of Latin American social medicine. *International Journal of Epidemiology*, 34(4): 739 – 741.

NEVZAT EREN (1936 – 2000)

Ülkemizde toplumcu tıp alanındaki başarılı uygulamalarıyla adı hocası Nusret Fişek’le birlikte anılan Nevzat Eren, 18 Temmuz 1937’de Gaziantep’te dünyaya gelmiştir. 1961 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden mezun olmuş ve hekimlik yaşamına öğrenimi sırasında aldığı burs karşılığında zorunlu hizmetini yerine getirmek üzere Hacıbektaş Hükümet Tabibi olarak başlamıştır. 1963 yılında askerlik hizmeti için Hacıbektaş’tan ayrılan Eren, askerlik hizmetini 1964’de Antakya – Kırkhan’da tamamladıktan sonra zorunlu hizmetinin geri kalanı için Erzurum’a atanmış ve 1968 yılına kadar Erzurum’da Sıtma Savaş Bölge Başkanlığı yapmıştır.

Nusret Fişek, 1967 yılında Sağlık Bakanlığı müsteşarlığından ayrılarak Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bölüm Başkanlığı’na geçince¹, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği illerdeki başarılı hekimleri Bölüm’de asistan olmaları için davet eder. Bu davet üzerine 1968 yılında Toplum Hekimliği uzmanlık eğitimine başlayan Eren, eğitimini 1971 yılında tamamlamıştır.

1972 yılında bir süre Amerika Birleşik Devletleri’nde Aile Planlaması üzerine çalışmalar yapan Eren, 1972 - 1975 yılları arasında Etimesgut Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkan Yardımcılığı görevini yürütmüştür.

1975 yılında doçent olan Eren, 1975 - 1978 yılları arasında ise Çubuk Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı sorumluluğunu üstlenmiştir. 1978 yılından ölümüne kadar Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nda öğretim üyesi olarak görev yapmıştır.

1982 yılında profesörlük için başvuran Eren, Hacettepe Üniversite senatosu tarafından beş kez geri çevrilmiştir. Profesörlüğünü mahkeme kararıyla 1992 yılında kazanmıştır.

Nevzat Eren’in akademik kariyeri yanında sosyal ve siyasal yaşamda da parlak bir kariyeri vardır. Türkiye’de işçi sınıfı mücadelesinin yükseldiği 1970’li yıllarda sosyalistler hayatın her alanını barış,

demokrasi ve sosyalizm savaşımında bir mevzi haline getirme çabası içine girmişlerdir. Kuşkusuz bunlar arasında meslek örgütleri de bulunmaktadır. Ankara, İstanbul ve İzmir başta olmak üzere Türkiye'nin birçok bölgesinde Tabip Odaları ve Türk Tabipleri Birliği'nde örgütlenen sosyalist hekimler, faşistlerin² karşı koymalarına karşın meslek örgütlerinin yönetimlerine gelmişlerdir. Bu dönemde Eren, Ankara'daki *İlerici Hekim* hareketinin önderleri arasındadır.

Eren, 1976 – 1984 yılları arasında (12 Eylül 1980 faşist askeri darbesi döneminde kısa bir kesintiyle) Ankara Tabip Odası (ATO) başkanlığı yapmıştır. 12 Eylül'de Türk Tabipleri Birliği (TTB) önce kapatılmış, yöneticileri (Erdal Atabek) tutuklanmış ve daha sonra sosyalistlerin hekim örgütü içindeki gücünü kırabilmek amacıyla dış hekimleri TTB'den kopartılarak, örgütün merkezi Ankara'ya taşınmıştır. Bu dönemde TTB'nin Ankara'da örgütlenmesi için hocası Nusret Fişek ile birlikte her türlü çabayı ve özveriyi (aralarında para toplayarak TTB için yer tutulması dahil) gösteren Eren, TTB Merkez Konseyi üyeliği ve 1984 – 1988 yılları arasında TTB Yüksek Onur Kurulu üyeliği görevini yürütmüştür.

Nevzat Eren'e TTB tarafından Nusret Fişek'in altıncı ölüm yıl dönümü anma törenlerinin düzenlendiği 3 Kasım 1996'da Nusret Fişek Hizmet Ödülü verilmiştir.

Ülkemizde toplumcu tıp alanında en üretken yazarlardan biri olan İlker Belek, Nevzat Eren için şu satırları kaleme almıştır:

“... halk sağlığı bilimimizin kurucularından, tam çekirdekten yetişme bir halk sağlığı, en ücra köşelerde çalışan sağlıkçıların dert ve çözüm babası, hekim hareketinin her düzeyinin tam emekçisi, bir bilge kişi, erenlerden Nevzat Eren'dir. Türkiye'de halk sağlığı bilimini hekim hareketi ve emek mücadelesiyle organik ilişkiye sokan ilk ve bunu en iyi başaran halk sağlığıdır. Hekim hareketinde bilimci bir militan ve akademide sonuna kadar halkçıdır. YÖK düzeninin akademik ilerlemesini durdurması CV'sindeki onurdur”.

Eren'in Nusret Fişek'in öğretisinin eğitici ve uygulayıcıları arasında ilk sıralarda yer alması gerektiğini yazan arkadaşı Özen Aşut, Nevzat Eren'i Ayşe Akın, Doğan Benli, Rahmi Dirican, Osman Zeki Kaya ve Hüsamettin Ayar ile birlikte Nusret Fişek'in gerçek öğrencileri arasında saymaktadır:

“Hocamız Nusret Fişek, bu insanların her birini, ülkenin en gerekli yerlerinde hizmet verirken bulmuş; onları toplum hekimliği eğiticileri olarak yetiştirmek için Sağlık Bakanlığı’na ve üniversiteye çağırmıştır”.

Nevzat Eren 13 Mart 2000’de yaşamını yitirmiştir. Ölümünden 10 yıl sonra Ankara Tabip Odası’ndan meslektaşları anısına Bir Sağlık Sevdalısı: Prof. Dr. Nevzat Eren’den İleriye Kalanlar isimli bir kitap yayınlayarak, Nevzat Eren’in önemli yazılarından bir kısmını bu kitapta toplamışlardır³. Bu kitapta yer alan yazılardan özellikle yaşamını yitirmeden önce kaleme aldığı son yazılarından biri olan Halk Sağlıkçılara Son Sözleri (Ekim 1999) başlıklı mesajı (Eren bu mesajı Malatya’da düzenlenen ve sağlık sorunları nedeniyle katılamadığı toplantıya göndermiştir) çok değerlidir. Eren vasiyeti sayılabilecek bu mesajında Halk Sağlıkçılara şöyle seslenmektedir:

“ ... halk sağlığı öğretim üyelerinin önemli bir bölümü "Herkes kendi evinin önünü süpürmeli", "her şeyi devlet yapamaz, halk sorunlarını kendisi çözümlemelidir", "herkesin hekimini seçme hakkı vardır" yolundaki temelsiz ve inançsız görüşlerden yanadır. Bu yaklaşıma verilmesi gereken yanıt: ‘Bizi başarıya götürecektir olan sosyal devleti törpülemek değil, halka inancımız ve meslek aşkımız’ biçiminde olmalıdır”.

Yine bu kitapta yer almayan ve yaşamını yitirmeden önce kaleme aldığı son yazısı da (14 Mart 2000’de Cumhuriyet gazetesinde yayınlanmak üzere kaleme aldığı 14 Mart’ın Düşündürdükleri başlıklı yazısı) çok değerlidir ve bu çalışmanın sonuna (Okuma Parçası) eklenmiştir.

ATO her yıl Nevzat Eren anısına Nevzat Eren Ulusal Halk Sağlığı Sempozyumu düzenlemektedir. Bu sempozyumların on ikincisi, bu yıl 17 Mart 2012 tarihinde Ankara İbni Sina Hastanesi Hasan Âli Yücel salonunda gerçekleştirilmiştir.

NEVZAT EREN'İN ESERLERİNDEN

Nevzat Eren'in yayınlanmış 20'den fazla kitabı ve çok sayıda makalesi bulunmaktadır. Bir dönem Cumhuriyet gazetesinde köşe yazıları yazan Eren, hekimler arasında en çok Zafer Öztek ile birlikte editörlüğünü yaptıkları Sağlık Ocağı Yönetimi ile kendisinin yayınladığı Sağlık Yönetimi ve Sağlık Mevzuatı isimli kitaplarıyla tanınır.

12 Eylül faşist askeri darbesinden sonra hekimlere zorunlu hizmet konulması üzerine zorla Sağlık Ocakları'nda görevlendirilen hekimler, aslında yasaya göre *gönüllülük* esasına⁴ göre görev alınması gereken sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin nasıl sunulacağını bu kitaplardan öğrenmişlerdir.

Kuşkusuz Nevzat Eren dendiğinde akla önce sağlık yönetimi gelir. Bu alanda yalnızca kitaplar yazmakla kalmamış, lisansüstü düzeyde Sağlık Yönetimi programları oluşturulmasına da öncülük etmiştir.

Ancak Eren'in ilgi alanları sağlık yönetimiyle sınırlı değildir. Örneğin Eren, Çağlar Boyunca Toplum, Sağlık ve İnsan kitabına yazdığı önsözde, bu kitabını bir alıntılar kitabı olarak tanımlamakta ve “okurken büyük haz aldığı yapıtları” bir araya getirdiğini ifade etmektedir. Bu kitap tıp ve sağlığı tarihsel ve toplumsal gelişim süreçleri içinde anlatan ve tıbbi sosyoloji alanına hekim gözüyle bakan -ülkemizde yayınlanmış- nadir kitaplardan biridir.

Nevzat Eren'in ilgi alanlarından biri de meslek ahlakıdır. Meslek örgütünde gerek yönetici (Başkan), gerekse Yüksek Onur Kurulu üyesi olarak görev alan Eren'in, Gülten Uyer ile birlikte kaleme aldığı Sağlık Meslek Tarihi ve Ahlakı başlıklı bir kitabı da bulunmaktadır.

Hekimlik kariyerinde Sıtma Savaş Bölge Başkanlığı da bulunan Eren'in ilgi alanlarından biri de bulaşıcı hastalıklardır. Bu konuda aralarında Onur Hamzaoglu ile birlikte kaleme aldığı ve TTB yayınları arasında yayınlanan *Türkiye'de Bulaşıcı Hastalıklar* başlıklı kitap ve diğeri *Bazı Salgın Hastalıkların Öyküsü* başlıklı kitapçık olmak üzere çok sayıda yayını bulunmaktadır. Bazı Salgın Hastalıkların Öyküsü kitapçığında mikropların keşfi ve germ teorisinin doğuşundan başlayarak hastalıkların öyküleri Eren'in edebi dili ile aktarılmıştır.

1982 yılında kaleme aldığı *Alma - Ata Bildirgesi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetleri* broşüründe, Alma Ata’da kabul edilen bildirgenin temel ilkelerinin Türkiye’de uygulanmakta olan sosyalleştirme ilkeleriyle örtüştüğünü, bu anlamda Türkiye’nin DSÖ ve UNICEF’in 16 yıl önünde olduğunu göstermiştir⁵.

Hekim eğitimiyle de ilgilenen Eren, 1981 yılında *Dünyada ve Türkiye’de Hekimlik Eğitimi* isimli bir kitap yayınlamıştır. 1986 yılında, daha sonra TTB Merkez Konseyi Başkanlığı da yapmış olan ve çok genç yaşta yitirdiğimiz bir toplumcu tıp neferi olan Füsun Sayek ile birlikte kaleme aldığı *Tıp Eğitim Programları Hastalıkları* başlıklı çeviri-makalesinde, tıbbi-sanayi kompleks eline düşerek yaşamdan kopmuş, amacını ve hedefini yitirmiş tıp müfredatını mizahi bir dille eleştirmektedir⁶.

Eren Çubuk’ta Sağlık Grup Başkanlığı yaptığı dönemde Türkiye’nin en önemli sağlık sorunları olan akut solunum yolları enfeksiyonları ile gastro-enteritlere yönelik özgün çalışmalara imza atarak, bu hastalıklarla mücadelede önemli tespitlerde bulunmuştur:

“Klasik tıp eğitiminde gastro-enteritlerin tedavisinde hipo ve hipertonic dehidratasyon oluşumuna büyük özen gösterilmektedir. Gelişmekte olan ülkeler için bu konuda aşağıdaki gerçekler göz önüne alınmalıdır:

1. *Gelişmekte olan ülkelerde hipertonic dehidratasyon hemen hemen istisnaidir. Bu tür dehidratasyon bol inek sütü ile beslenen bebek ve çocuklarda görülür. Oysa bu ülkelerde bebek ve çocukların pek büyük bir yüzdesi emzirilmekte, inek sütüyle beslenenlerde ise, ekonomik nedenlerle inek sütüne bol su karıştırılmaktadır.*

2. *Hipotonik dehidratasyonda ise belirtiler son derece siliktir, önemli bir sakınca yaratmazlar. Bu nedenlerle gastro-enteritlerin erken tedavilerinde tek tür oral sıvı kullanılması önerilmektedir”.*

Nevzat Eren’in toplumcu tıp yaklaşımını yansıtmaları bakımından 1975 - 1978 yılları arasında Çubuk Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanı olduğu dönemde yayınlanan *Çalışma Raporları* çok değerlidir. Bu raporlarda hizmet sunulan bölgenin ekonomik durumu başlığı altında, nüfus toprak

sahipliği durumuna göre değerlendirilmektedir. Yine bölgede bulunan fabrika ve atölyeler ile diğer işyerlerinde çalışan işçilerin sayıları verilmiştir. Bütün bu veriler Eren'in sağlığa ve tıbbi toplumcu bakışını yansıtmaktadır.

Her ne kadar bu verilerin morbidite ve mortalite üzerine etkileri Raporlarda ortaya konmamışsa da, örneğin aynı dönemde Etimesgut Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı tarafından yayınlanan Raporlar incelendiğinde, Çubuk'ta bireyler toplumsal sınıf (üretim araçları ile ilişkileri) bazında sınıflandırılırken, Etimesgut'ta meslek bazında değerlendirildiği gözlenmektedir. Etimesgut Raporları ailelerin % 67,1'ini "toprak ve hayvanla uğraşan" kategorisine toplarken, bunlardan kaçının o toprakta işçi, kaçının toprağın sahibi olduğunu belirtmemektedir. Özetle Eren, somut olarak kullanılmamış olsa bile toplumsal sınıfı toplumcu dünya görüşüne uygun bir şekilde (bireyin üretim araçlarıyla ilişkisi bağlamında) bir değişken olarak tanımlamaktadır.

* * *

Nevzat Hoca ile meslek odası çalışmalarında tanışma olanağı buldum. 1980'li yılların sonlarına doğru TTB etkinliklerine katılmak için Ankara'ya gittiğimde fırsat buldukça Hocamı görmeye çalışırdım. Ancak hocamla görece uzun sohbet edebilme olanağını, İzmir'de katıldığım ve kendisinin de ders anlattığı bir kurs⁷ sırasında buldum.

Konak Sağlık Grup Başkanlığı'nda görev yapıyordum. Sosyalleştirmeye gönül vermiş birkaç arkadaş, Sağlık Ocakları'nda görevli meslektaşlarımızla birlikte Konak ilçesinde "Nevzat hocamızın kitabına uygun" bir hizmet sunmaya çalışıyorduk. Her ne kadar Sağlık Ocakları'nın bir kısmı hizmet için çok uygun olmasa da, İzmir ve Konak ilçesi en azından "hekim" personel bakımından Türkiye'nin en şanslı yerlerinden biriydi. Bu avantajı kullanarak elimizden geleni yapmaya çalışıyorduk.

Nevzat Hocam bu dönemde İzmir'e kurs için gelince, onun engin bilgi ve deneyimlerinden yararlanmak istedim. Kendisine karşılaştığımız sorunları anlatıyor, görüşlerini almak istiyordum. Ancak o kadar çok eksikimiz - gediğimiz vardı ki, poliklinik hizmeti dışında hemen hiçbir şeyi "kitabına uygun" yapamıyorduk. Nevzat Hoca sonunda dayanamadı ve hala kulaklarımda çınlayan

ve yeri geldiğinde benim de kullandığım şu cümleyi söyledi: “Bak evlat, YANLIŞIN BİLİMİ OLMAZ!”

Bizim yoksunluklarımızla sosyalleştirilmiş hizmetin temel direği olan ev ziyaretlerinin ve gebe tespitleri ile gebe ve bebek izlemlerinin olması gerektiği gibi gerçekleştirilmesi mümkün değildi.

Hem nüfusa göre ebe sayısı yetersiz, hem de bölgeler arasında dengesiz dağılım vardı. Bazı Sağlık Ocaklarında ya tek ebe vardı, ya da hiç yoktu. Ebe bölgeleri bir ebenin başa çıkabilmesi için çok büyüktü. Arkadaşlarımızın bütün özverili çabalarına karşın ziyaretler (ve dolayısıyla bu ziyaretlerde sunulan hizmetler) aksıyordu. Bir yanda biz bağışıklama çalışmalarını rutin çalışmalar arasında yürütmeye çalışırken, bir yandan Bakanlık aşı kampanyalarıyla bizi baltalıyordu.

Ve ben hocamdan bu sorunlara “çözüm” bulmasını istiyordum. Bunun üzerine Hocam bana yukarıdaki cümlesiyle bu koşulların YANLIŞ olduğunu, bu koşullarda değil sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti, hiçbir sağlık hizmetinin gerektiği gibi sunulamayacağını anlatmıştı.

Bugün görevlerimden biri İstanbul Tıp Fakültesi’nde hekim adaylarının Simüle Hasta Uygulamaları içinde iletişim ve anamnez alma becerilerini değerlendirmek. Kuşkusuz uygun bir anamnez ortalama 5 – 10 dakika alır. Öğrencilerimin bir kısmı bana, gerçek yaşamda hekimlerin randevu sistemi nedeniyle bir hastaya her şey için (anamnez, muayene, tanı ve tedavi önerme) en çok 5 - 7 dakika ayırmak zorunda olduklarını , dolayısıyla kendilerine öğrettiklerimizin gerçek yaşamda karşılığı olmadığını söyleyerek, “eğer bize bir şey öğretmek istiyorsan Sağlık Bakanlığı’nın istediği gibi 5 dakikada hastayı muayene etmeyi öğret” demeye getiriyorlar.

İşte o zaman ben de öğrencilerime Nevzat Hocamın sözleriyle “5 dakikada hasta muayenesi olamayacağını, bunun YANLIŞ olduğunu ve bizim de Tıp Fakültesi’nde YANLIŞIN BİLİMİNİ yapamayacağımızı” söylüyorum.

NOTLAR

1. Türkiye’de toplumcu tıp alanında ilk adımları atan ve kendisinden sonraki kuşakların ilerleyebileceği yolların ilk taşlarını döşeyen Nusret Fişek, toplumcu tıbbi toplum hekimliği olarak tanımlamakta ve geleneksel hekimliğin karşısına koymaktadır. (Bu konuda detaylı bilgi için bkz: Fişek, 1981). 1967 yılında Hacettepe Üniversitesi kurulduğunda, Tıp Fakültesi içinde Toplum Hekimliği Bilim Dalı da kurulmuş (12 Eylül faşist askeri darbesinden sonra bölüme dönüştürülmüştür) ve Nusret Fişek bu Bilim Dalı’nın başına geçmiştir.

2. Bu dönemde faşistler ilerici, sosyalist TTB ve Tabip Odaları yöneticilerini tehdit etmektedirler. Nevzat Eren’e yönelik tehdit belge ve örneklerine Bir Sağlık Sevdalısı: Prof. Dr. Nevzat Eren’den İleriye Kalanlar kitabında yer verilmiştir. Bu dönemde İstanbul’da TTB Merkez Konseyi Üyesi Dt. Sevinç Özgüner faşistler tarafından düzenlenen silahlı bir saldırıda yaşamını yitirmiştir.

3. Kitap internetten pdf formatında indirilebilir. <http://ato.org.tr/yayinlar/kitaplar>

4. Sosyalleştirmede hekimlerin zorla görevlendirilmelerinin, sosyalleştirmeye onulmaz zararları olmuştur. Sağlık Ocakları’na zorla görevlendirilen hekimlerin bir kısmı, bu temel sağlık hizmeti kurumlarında sunulması gereken toplumcu tıp uygulamalarını benimseyememiş ve bölge insanlarını da yanlış veya eksik uygulamalarıyla sosyalleştirmeden soğutmuşlardır. Zaten bu tür sakıncalara neden olabileceği düşünülerek 224 Sayılı Sosyalleştirme Yasası’nda bu hizmet, gönüllü bir hizmet olarak tanımlanmıştır.

5. Türkiye’de sağlık hizmetleri 1961 yılında kabul edilen 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun ile sosyalleştirilmiş olmasına karşın, 1963 – 1968 yılları arasındaki ilk 5 yılda planlanan 1500 Sağlık Ocağı’ndan yalnızca 890’ı programa alınabilmiş ve bunlardan da sadece 561 tanesi (% 37,4) hizmete açılmıştır. 1965 sonrası Türkiye İşçi Partisi’nin çabalarıyla rafa kaldırılamayan sosyalleştirme uygulamaları, birkaç yıl sonra 12 Mart faşizmiyle duraklamıştır.

12 Mart hükümetleri ve izleyen Milliyetçi Cephe hükümetleri sosyalleştirmeyi (yasası yürürlükte olmasına karşın) rafa kaldırarak, yeniden sağlıkta özelleştirme ve piyasalaştırmayı savunan 1960

öncesi Demokrat Parti politikalarına geri dönmüşler ve sağıkta “eşitlikçi, evrensel” bir model yerine, sosyal güvenceye dayalı “eşitliksizci, korporatist” bir model benimsemişlerdir.

“Toprak işleyenin, su kullananın” sloganıyla 1978 yılında iktidara gelen Ecevit hükümeti, aslında tamamen sahipsiz bırakılmış sosyalleştirmeyi yeniden canlandırabilmek amacıyla bazı adımlar atmıştır. Bunlardan en önemlisi Tam Gün Yasası’dır. 1975 yılında Milliyetçi Cephe tarafından neredeyse tamamen boşaltılan Sağlık Ocaklarına (sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilebildiği 26 ildeki Sağlık Ocaklarındaki hekim kadrolarının sadece % 36’sı doluydu) yeniden sağlık emekçileri yerleştirilmeye başlamıştır.

Bu dönemde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve UNICEF, Sovyetler Birliği’nin Alma Ata kentinde 1978 yılında uluslararası bir Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı düzenlemiştir. Bu konferansta DSÖ yalnızca 1948 yılında kuruluş belgesinde yer alan sağlığın yalnızca hastalık ve sakatlığın yokluğu olmayıp, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve toplumsal bakımdan tam bir iyilik hali olduğu şeklindeki sağlık tanımını yeniden onaylamakla kalmamış, bu kez bu tanıma uygun bir sağlık örgütlenmesinin temel ilkelerini de sıralamıştır.

Nevzat Eren 1982 yılında kaleme aldığı Alma - Ata Bildirgesi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetleri broşüründe, Alma Ata’da kabul edilen bildirgenin temel ilkelerinin Türkiye’de uygulanmakta olan sosyalleştirme ilkeleriyle örtüştüğünü, bu anlamda Türkiye’nin DSÖ ve UNICEF’in 16 yıl önünde olduğunu göstermiştir.

6. Makalede sıralanan müfredat (curriculum) hastalıklarının isimleri:

1. Curriculosklerosis
2. Curriculum carsinoması
3. Curriculoarthritis
4. Curriculum malasie

5. Yatrojenik curriculitia

6. Curriculum hypertrophy – Curriculomegali

7. İdiopathic curriculitis

8. Intercurrent curriculitis

9. Curriculum ossification

7. *Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü'nün İzmir'de 21 – 25 Aralık 1998 tarihlerinde İzmir Sağlık Müdürlüğü için düzenlediği Orta Kademe Yönetim kursu.*

KAYNAKLAR

..... (2000). Nevzat Eren'i Anma Konuşması. Toplum Hekimliği Bülteni, Sayı: 3.

Akalın, MA. (2012). Sosyalleştirmenin İdeolojisi.
<http://istanbul.academia.edu/MehmetAkifAkal%C4%B1n/Teaching/32767/SOSYALLESTIR>
MENIN_IDEOLOJISI

Ankara Tabip Odası (2010). Bir Sağlık Sevdalısı: Prof. Dr. Nevzat Eren'den İleriye Kalanlar.
Ankara: ATO Yayınları.

Aşut, Ö. (2000). Nevzat Eren'in Anısına. <http://www.ttb.org.tr/TD/TD60/6016.html>

Belek, İ. (2011). Che'nin Yolu, Sosyal Tıbbın ve Toplumcu Hekimliğin Yoludur.
<http://haber.sol.org.tr/yazarlar/ilker-belek/che-nin-yolu-sosyal-tibbin-ve-toplumcu-hekimligin-yoludur-40510>

Eren, N. (1982). Gastro-enteritlerin Ülke Düzeyinde Önemleri ve Tedavi Edilmelerinde Yeni Bir Yaklaşım. Ankara: Ankara Tabip Odası Yayın No:6.

Eren, N. (1982). Alma - Ata Bildirgesi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetleri. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Bölümü Yayını. No: 18.

Eren, N ve Sayek, F (1986). Tıp Eğitim Programları Hastalıkları. Toplum ve Hekim, 41: 17 – 22.

Eren, N. (1989). Bazı Salgın Hastalıkların Öyküsü. Ankara: H.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Yayını. No: 89/47. Kısa Dizi No: 8.

Eren, N. (2000). 14 Mart'ın Düşündürdükleri. Toplum Hekimliği Bülteni, Sayı: 3.

Eren, N. (1996). Çağlar Boyunca Toplum, Sağlık ve İnsan. Ankara: Somgür.

Fişek, N. (1981). Hacettepe Üniversitesi'nde Toplum Hekimliği'nin İlk 15 Yılı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Bölümü Yayını. No: 16.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Bölümü (1973). Etimesgut Sağlık Bölgesi'nin 1970 – 1972 Yılları Faaliyet Raporu. 2. Rapor. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Basımevi.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Bölümü (1977). Etimesgut Sağlık Bölgesi'nin 1973 – 1975 Yılları Çalışma Raporu. Ankara: Ayyıldız.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Bilim Dalı (1978). Çubuk Bölgesi 1977 Çalışma Raporu. Ankara: Sevil.

OKUMA PARÇASI – 4: 14 MART’IN DÜŞÜNDÜRDÜKLERİ

Bir Anımsatma

1889’da İstanbul’da, Tıbbiye’de bir ilkbahar günü. Okulun bahçesinde Diyarbakırlı İshak Sukuti ile Erzurumlu İbrahim Temo, vatanı kurtarmak için ne yapmak gerektiğini tartışıyorlarmış. Yanlarına Bakulu Hüseyinzade Ali gelmiş. Bir zaman dinlemiş, dernek kurmaktan başka yol olmadığını söylemiş. İbrahim Temo sormuş: ‘Nasıl kurulur böyle bir dernek?’ ... Hüseyinzade Ali çevresine bakmış... Abdullah Cevdet, bir sıraya oturmuş kitap okumaktaymış... ‘Su Arapkırıyle sen konuş’ demiş. Sonra tek başına dalgın dolaşan Kafkasyalı Reşit’i göstermiş. ‘Ben de Çerkezoğlu’nu razı ederim, dernek kurulmuş olur.’ Hem de kurulmuş dernek, dediği gibi (Kemal Tahir, Yorgun Savaşçı).

Bu İttihat ve Terakki Cemiyeti’dir. Osmanlı İmparatorluğu’nun son yılları ile Türkiye Cumhuriyeti’nin ilk yıllarına damgasını vuran bu derneği 5 tıp öğrencisi kurmuştur.

Bir Başka Anımsatma

19 Mayıs 1919’ da bir vapur Samsun limanına yanaştı. İçindeki 15 kişi, vatanı kurtarmak için bilinmeyen bir geleceğe doğru yola çıkmıştı. Başkanları Mustafa Kemal Paşa idi. Paşa’nın yanında 3 de doktor vardı. Adları Refik Saydam, Abdülhak Adnan (Adıvar) ve Dr. Reşit’di. Onlar, Paşa’nın çevresindeki bir avuç yurtseverlerdendiler.

1980’li yılların başlarında halkın son derecede bozuk olan sağlık hizmetlerini düzeltmek için, bu sorunları zorunlu hizmetle halka koştan hekimler göğüslemişlerdir. Halkın her alanda hizmete gereksinmesi varken, yardımına yalnız hekimler koşmuşlardır. Özetle hekimler her zaman bu ülkenin alın yazısında belirleyici görevler üstlenmişlerdir.

Bu sözleri bir yıl dönümünün coşkusu içinde söylenmiş sözler olarak değerlendirmemelidir.

2000’li Yılların Başlarında

Yeni milenyuma halk sayılamayacak kadar çok sorunlarla girmiştir. Sağlık alanındaki sorunlar ise, artık diz boyu ile ölçülemez büyüklüktedir. Sorunlar, sayılamayacak kadar çok, uzmanları ise daha da çoktur. Hiç kimse sağlık yönetimi ve sağlık planlaması diye bilim dalları olduğunu aklına getirmemektedir. Önüne gelen sağlık alanında “reform” ya da “devrim” yapma peşindedir. Bu kişilerin dillerinden “özel sektör” sözü hiç düşmemektedir.

Akıllarınca “özel sektör-güzel sektör”dür. Oysa özel sektörün sağlık sorunlarını daha da karmaşıktıracağı bilimsel kurullarca saptanmış ve açıklanmıştır. (Çalışma Grupları Raporları, T.C. Sağlık Bakanlığı yayını 1992, Ankara) Bir aile hekimliği sözü ortalıkta dolaşmaktadır. Elllerinde aile hekimliğinin görev tanımlaması ve görev analizleri (ne yapacakları) konusunda bir çalışmaları, bir hazırlıkları da yoktur. Bu çabalara “gayr-i ciddi” sıfatı kolayca yakıştırılabilir. Akıllarına “sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi” modelini işletmek gelmemektedir. İki alandaki büyük yanılgıları onları koşullandırmaktadır:

1. Bunlardan birincisi anılan örgütlenme modelinin kentlerde başarılı olamadığı yolundadır. Bu savın aslı-astarı yoktur. Bu örgütlenme modeli iyi uygulanan her yerde, bu arada kentlerde de çok başarılı olmuştur. Bunlar arasında Muğla, Edirne, Etimesgut, Çubuk sayılabilir.
2. Bu kişiler sağlık hizmetlerini devletleştiren devletlerin yeniden özel sektöre dönmekte olduklarını ileri sürmektedirler. Vazgeçemedikleri örnekleri de İngiltere’dir. Bu sav doğru değildir. Şimdiki hükumeti kurmuş bulunan İngiliz siyasal partisi, devletleştirmeye (sosyalizasyona) dönmek vaadinde bulunmuştur ve bunu gerçekleştirme çabasındadır.

Aile hekimliği ve sosyalleştirme konularında 200’ü aşkın uzmanın görüşü ve kararı, yukarda anılan Sağlık Bakanlığı yayınının 188’inci sayfasında şöyle açıklanmaktadır:

- a. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin başarısız oluşu kuramsal yapısının eksikliği, ya da yanlışlığından değil, uygulamadaki hatalardan kaynaklanmaktadır.
- b. Birinci basamak sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetleri de kapsar ve bir ekip hizmetidir. Hizmeti tedavi edici ve koruyucu olarak ayıran ve bireysel çalışmayı getiren özel hekim statüsündeki aile hekimliği sistemi bir geriye gidiştir ve çağdaş sağlık anlayışına aykırıdır.

Devletin Katkısı

Halkı yanıltan iki durum daha belirtilebilir. Bunlardan birincisi devletin sağlık harcamalarına katkısı konusudur. İki de bir sağlık alanında devletin 10-13 milyon insanın sigorta primlerini karşılayacağı ileri sürülmektedir. Globalleşmeyi ve Avrupa standartlarını her konuda ileri süren bu “reformcular”, Avrupa ülkelerinde sağlık harcamalarına hükümetlerin katkısının en az % 35 olduğundan, bu oranın Kuzey Avrupa ülkelerinde % 80’i aştığından hiç söz etmemektedirler. Halkı yanıltan diğer bir konu ise “devletin görevlerine” ilişkindir. Milli eğitimi hayırsever yurttaşlara, sağlık hizmetlerini ise halktan toplanacak primlere havale eden devlet, halkı doğrudan ilgilendiren başka hangi görevleri yapacaktır?

Özelleşen sağlık hizmetleri kar getirici değilse, özel sektör neden yatırım yapacaktır? Bu ülkenin en tanınmış özel hastanelerinden biri (Ankara’da) milletvekillerinin gelişleri bir nedenden kesilince iflas durumuna düşmüştür. Bu hastanenin iflası, milletvekilleri ve yakınlarının gelişleri sağlanarak önlenebilmiştir. Bunun anlamı, devlet desteğinin yeniden sağlanmasıdır.

Bayram mı, Yas mı

Ülkemizde 14 Mart “tıp bayramı” olarak algılanmaktadır. Günümüzden 23 yıl önce, bu satırların yazarı, Ankara Tabip Odası Başkanı olarak, 14 Mart töreninde yaptığı konuşmada, bu günün bayram olamayacağını, tersine yas tutulacak bir gün olması gerektiğini ileri sürmüştür. Durum günümüzde de farklı değildir.

Sağlık örgütünde çalışan emekçiler mutsuz, halk perişandır. Bu satırların yazarı son bir yıl içinde, biri İstanbul'da olmak koşuluyla, bir buçuk ayı aşkın süre hastanelerde yatmıştır. Her yattığı yerde de, birçok öğrencisi ile karşılaşmıştır. Bu öğrencileri O'na bir tür “özel davranışta” da bulunmuşlardır. Buna karşın bu bir buçuk ayı yazar dayanılmaz bir süre olarak anımsamaktadır. Türkiye’de hükümetlerin önem ve öncelik verdikleri yataklı tedavi kurumlarının, üniversite hastaneleri de içinde olmak koşulu ile, çok büyük bir çoğunluğunda durum içler acısıdır.

Koruyucu hizmetler ise tam olarak durmuştur. Sağlık ocaklarında ya hekim yoktur, ya da “oturacak bir iskemle bulamayacak sayıda” çok hekim vardır. Bazı ocaklarda görevli hekimlerin kalabalık oluşları nedeniyle, haftada bir ya da iki gün ise geldiklerine insanın inanası gelmemektedir. Aksaklıklar saymakla bitmeyecek çokluktadır. Ancak, bu durumların sorumlusu olarak hekimleri almak doğru değildir. Bu durumu açıklamak başka bir yazının konusu olabilir.

Sonuç

Türkiye’de 14 Mart 2000 tarihinde sağlık hizmetleri görünüşünün aşağıdaki gibi bir özeti yapılabilir:

1. Devlet halkın sağlığını korumak ve bozulan sağlık durumunu düzeltmek görevlerini üzerinden atmak çabası içindedir.
2. Sağlık örgütünde yeterli sayıda ve deneyimli sağlık yöneticisi yok denecek kadar azdır.
3. Mezuniyet öncesi tıp ve sağlık bilimleri eğitimleri başarısızdır.
4. Duruma çözüm olarak sağlık sigortası ve aile hekimliği uygulaması önerilmektedir. Açıkça bellidir ki devlet üzerinden atacağı hizmetleri kendisinin dışında bir örgüte yüklemek istemektedir. Özel sektör bu iş için uygun görülmüştür. Özel sektörün kar amacı gütmeksizin bu görevi yapması beklenemez. Sağlık sigortası bu üzerinden atma girişiminin finansmanını sağlayacaktır. Bu prim bir tür vergidir. Ödeyecek yurttaşlara karşılığında bir şeyler verilmesi düşünülmüştür. Aile hekimliği uygulaması masalı da, böylece gündeme gelmiştir.

5. Halk da hekimler ve sağlık personeli de büyük bir çoğunlukla durum hakkında yeterli bilgilenme düzeyinde değildir. Bunlara yeterli eğitim verilmemektedir. Onlar da özellikle aile hekimliğini sağlık sorunlarını  z mek için büyülü bir anahtar olarak algılamaktadır.

Eğer halk sağlığı bir bilimse, Türkiye’de bir çok halk sağlığı uzmanı da yazıda belirtilen konularda çalışmalar yapıyorlarsa, açıkça belirtmeliyiz ki genel sağlık sigortası ile aile hekimliğinin uygulanması olanaklı değildir. Başarısızlığa uğrayacakları kesindir. Ancak başarısızlık kısa sürede görülmeyebilir.

Bu sorunların  z m  her durumda sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi modelinden geçmektedir. 35 yıllık bir halk sağlığı uzmanı olarak bu görüşleri yazdık, imzamızla onayladık. Zaman tanığımız olacaktır.

Nevzat Eren

GÜNÜMÜZÜ AYDINLATAN BİR TOPLUMCU TIP DENEYİMİ: EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TOPLUM SAĞLIĞI ENSTİTÜSÜ

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği'nin yayın organı olan Halk Sağlığında Gündem (HASGÜN) elektronik dergisinin son sayısında (Haziran – Temmuz 2012), Halk Sağlığında İz Bırakanlar bölümünde Ege Toplum Sağlığı Enstitüsü konusu işlendi. 4 Temmuz 1975 tarihinde kurulan Enstitü'nün ülkemizin toplumcu tıp deneyiminde çok önemli bir yeri vardır.

Enstitü ülkemizde toplumcu tıp alanında birçok ilke imza atmıştır:

- İlk kez bir sağlık kurumuna sağlık dışı mesleklerden (sosyolog, ekonomist, çocuk gelişimi uzmanı, sosyal çalışmacı, gıda mühendisi vb) uzmanlar istihdam edilmiş ve hizmet sunulan bölgede sağlık sorunlarının çözümü için bu mesleklerden uzmanlarla gerçekten birlikte çalışılmış ve çok değerli işler üretilmiştir.
- İlk kez bu Enstitü'de hekim dışı meslek gruplarına Halk Sağlığı Uzmanlık eğitimi verilmesi planlanmıştır.
- Enstitü'nün ilklerinden ve en büyük başarılarından biri de, kurum içinde tam bir demokratik işleyişi yaşama geçirmesidir.

Kuşkusuz bunların çoğu, daha önce de birçok yazar tarafından dile getirilmiştir; fakat ilk kez Enstitü'de yaşama geçirmek için gerçekten ciddi çaba gösterilmiş ve elden geldiğince de yaşama geçirilmiştir. Bugün bizler **Toplumcu Tıp Seminerleri**'nde Enstitü'den kalan deneyimlerden yararlanmaya ve Enstitü'nün açtığı yoldan ilerlemeye çalışıyoruz.

Enstitü'yle Tanışma

12 Eylül faşist askeri darbesinden sonra oluşan koşullara uyum güçlüğü çeken toplumcu güçler, 1981 yılının ilk aylarından itibaren çalışmalarını yarı-gizli etkinliklerle sürdürmeye başlamışlardı. Üniversiteye devam edemediğim bu dönemde, E.Ü. Tıp Fakültesi'nden bir ve E. Ü. Yüksek Hemşirelik Fakültesi'nden iki öğrenci arkadaşla birlikte Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Sağlığı Enstitüsü'nün (EÜTF/TSE) düzenlediği 3. Toplum Sağlığı Sempozyumu'nun¹ hazırlık çalışmalarında Prof. Dr. Tuğrul Özgür'e yardımcı olmak için görev almıştık.

Sempozyum Eylül ayında Çeşme-Ilıca'da yapılacaktı. Kabaca ayak işleri denebilecek görevler üstlenmemize karşın, Tuğrul hoca bizim de (öğrencilerin) Sempozyum gündemli toplantılara Enstitü görevlileriyle birlikte katılmamızı istiyordu. Dahası toplantılarda hemen her konuda bizim de görüşlerimizi alıyor ve onurlandırıyor. Ayrıca Tuğrul hoca bizi (sanıyorum kendi cebinden) sempozyum boyunca Ilıca'da, odalarında şifalı su kaynağı ile banyo alınabilen bir otelde misafir etmişti. Bu sayede Enstitü ile tanışmış, yapılan çalışmalar hakkında biraz fikir sahibi olmuştuk.

Sempozyum'un oldukça tedirgin bir ortamda geçtiğini anımsıyorum. Daha çok getir-götür işleriyle uğraştığımız halde Kenan Mortan'ın bir konuşmasını dinleyebilmiş, bazı hararetli tartışmaları izleyebilmiştik. Bir ay kadar sonra okula 12 Eylül'de bırakmak zorunda kaldığım yerden devam etmeye başlamıştım. Ertesi yıl Enstitü'nün kapatıldığını ve çalışanların dağıtıldığını duyduk ve üzüldük. O günlerde o kadar çok şey yitiriyorduk ki, hangi birine üzüleceğimizi bilemiyorduk...

Yıllar sonra Toronto'da Ryerson Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu'na giderken, aynı üniversitede Sosyoloji bölümünde ders veren Mustafa Koç ile tanıştım. Boğaziçi Üniversitesi'nde Sosyoloji bölümünü bitirdikten sonra EÜTF/TSE'nde sosyolog ve Müdür Yardımcısı olarak görev yaptığını anlattı. Türkiye'ye döndükten sonra, ülkemizdeki önemli bir toplumcu tıp deneyimi olan EÜTF/TSE deneyiminin unutulmaması için bir şeyler yapmak gerektiği düşüncesiyle Mustafa Koç ile yazışarak birlikte çalışmayı önerdim; fakat daha sonra gündelik yaşamın hay huyu içinde arkasını getiremedim.

Halk Sağlığında Gündem (HASGÜN) elektronik dergisinin son sayısında (Haziran – Temmuz 2012), Halk Sağlığında İz Bırakanlar bölümünde Ege Toplum Sağlığı Enstitüsü konusunun

işlendiğini görünce çok heyecanlandım ve bunun Enstitü'nün anısını yaşatabilmek için bir fırsat olarak değerlendirilebileceğini düşündüm.

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Toplumcu Tıp Geleneğinin Doğuşu

Şanda Çalı EÜTF/TSE'nün kuruluşuna ilişkin detayları şöyle sunmaktadır:

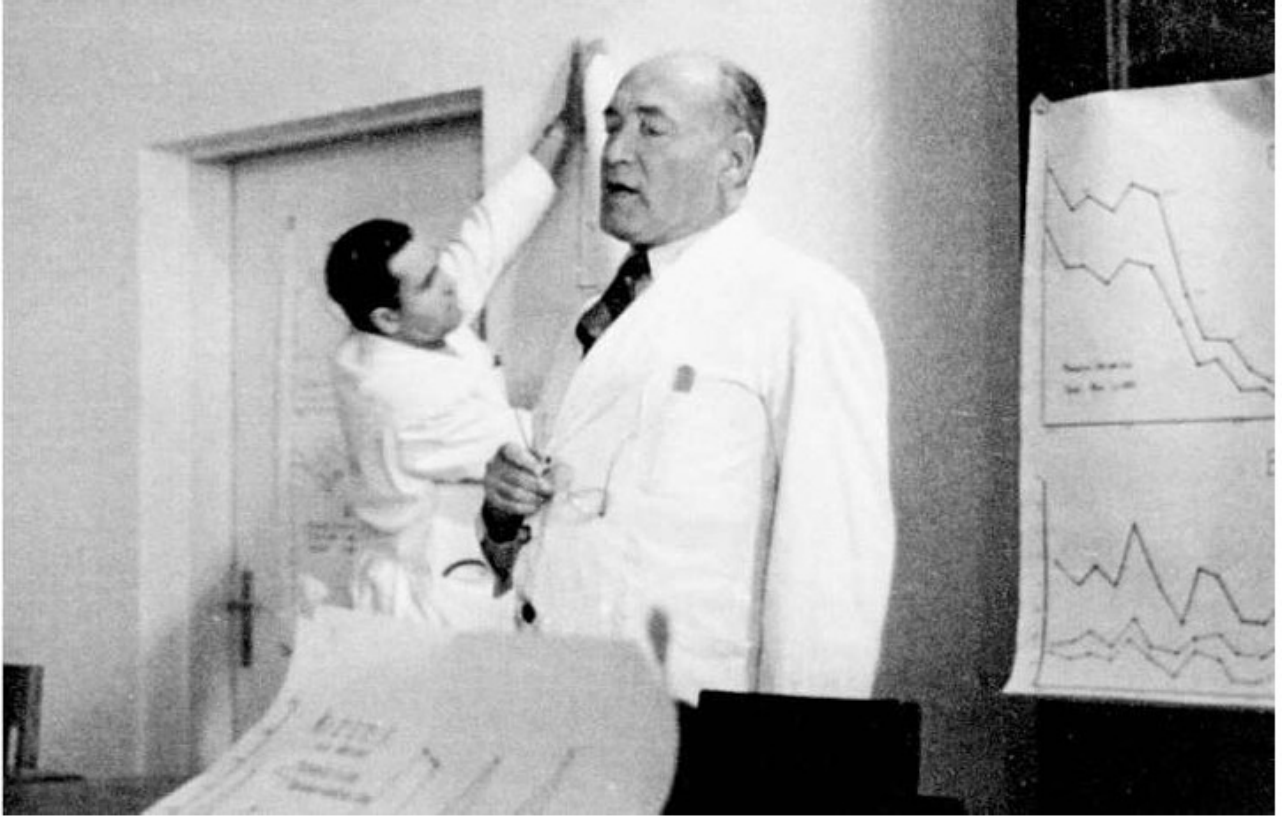
“Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Sağlığı Enstitüsü (kısaca Enstitü) yürürlükte bulunan 1750 sayılı Üniversiteler Kanunu'na uygun olarak, fakültenin 55 öğretim üyesinin imzasını taşıyan gerekçeli bir önerinin 18 Haziran 1975'te Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi (EÜTF) Kurulu'na verilmesi ve bu önerinin 4 Temmuz 1975'te Ege Üniversitesi (EÜ) Senatosu'nda oy birliği ile kabul edilmesi ile kuruldu; EÜTF Kurulunda 6 Mayıs 1977'de öğretim ve yönetim kurulları oluşturuldu; EÜTF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü'nden bir profesör müdürlüğe atandı”.

Kuşkusuz bu detaylar Enstitü'nün kurumsal olarak nasıl inşa edildiğine ilişkin fikir vermektedir, ancak EÜTF'nin toplumcu tıp geleneğini ortaya koyabilmek için, EÜTF/TSE'nün kuruluş öyküsüne biraz daha gerilerden başlamak daha aydınlatıcı olacaktır.

Ege Üniversitesi 1955 yılında kurulduğunda, Hamburg Devlet Hıfzısıhha Enstitüsü'nde hıfzısıhha uzmanlığı eğitimi almış olan ve İstanbul Tıp Fakültesi'nde Hijyen Kürsüsü'nde görev yapan M. Muhittin Erel (1899 – 1986) Ege Üniversitesi Rektörlüğü görevinin yanında EÜTF'nin kurucu Dekanı olarak görevlendirilmiş, böylelikle de Hijyen Kürsüsü, EÜTF'de kurulan ilk kürsüler arasında yer almıştır. Ancak EÜTF'de toplumcu tıp anlayışı Hijyen Kürsüsü'nde değil, Sabiha Özgür (1922 – 2011) tarafından 1957 yılında kurulan Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları² Kürsüsü'nde filizlenmiştir.

EÜTF'de 20 Aralık 1957 tarihinde açılan Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kürsüsü'nü kuran ve aynı zamanda başkanlığını üstlenen³ Sabiha Özgür, 1945 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun olduktan sonra, yeni açılmış olan Ankara Tıp Fakültesi Çocuk Hastalıkları ve Bakımı Kliniği'nde⁴ Albert Eckstein'in ilk asistanı olmuş ve 1949 yılında uzmanlığını ve 1952 yılında doçentliğini almıştır.

Resim 1. Albert Eckstein



Albert Eckstein (1891 -1950) Düsseldorf Tıp Akademisi Pediatri Kürsüsü başkanı iken, 12 Haziran 1935 tarihinde Hitler hükümetinin aldığı bir kararla Yahudi olduğu gerekçesiyle 1 Temmuz itibariyle işine son verilmiştir. Adolf Hitler'in iktidara geldiği 1933 yılından beri sosyalistler ve Yahudiler işlerinden atılmakta ve ülkeyi terk etmeye zorlanmaktadır. 1933 Mart'ında evi basıldıktan sonra Zürih'e kaçmak zorunda kalan diğer bir Yahudi bilim insanı olan Philipp Schwartz, burada Türkiye'ye 1933 Üniversite Reformu için danışmanlık yapan Albert Malche ile temas kurar. Malche, Schwartz'ın bu dönemde Türkiye'nin bilim insanı gereksinimini karşılamak isteyen dönemin Milli Eğitim Bakanı Dr. Reşit Galip ile ilişki kurmasını sağlar. Schwartz, 1933 Nisan'ında dostları Fritz Demuth ve Moritz Bonn ile birlikte Yurt dışındaki Alman Bilim İnsanları Acil Gereksinim Örgütü'nü kurar ve örgüte üye olan bilim insanlarının isimleriyle birlikte 6 Temmuz 1933'de Türkiye'ye gelerek Dr. Reşit Galip ile birlikte Üniversite Reformu Komisyonu'na katılır ve Türkiye'ye gelebilecek bilim insanlarının listesini sunar. Hükümet Malche'nin raporu doğrultusunda, 31 Temmuz 1933'te Darülfünun hocalarının % 65'ini emekliye ayırır ve yerlerine çoğu Almanya'dan kaçan bilim insanları olmak üzere yabancı bilim insanlarıyla doldurur.

Eckstein bu örgüt kanalıyla 1935 Eylül’ünde Türkiye’ye gelerek, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı Dr. Refik Saydam tarafından Ankara Numune Hastanesi’nde Pediatri Bölümü’nün yöneticiliğine atanır. Daha sonra Ankara Tıp Fakültesi’nde Pediatri Bölümü’nün de kuruculuğunu ve yöneticiliğini yapan Eckstein, Türkiye’de bulunduğu 14 yıl içinde birçok il, ilçe ve köyü gezerek Türkiye’de ana-çocuk sağlığının durumuna ilişkin raporlar hazırlamıştır. Sabiha Özgür gibi birçok asistan yetiştirerek ülkemizde sosyal pediatrinin temellerinin atılmasına katkıda bulunmuştur.

İzmir’de bir tıp fakültesi açılınca, fakültenin pediatri bölümünü kurmak için İzmir’e gelen Sabiha Özgür, 1958 yılında profesörlüğe yükselmiş ve 1962 yılında, 1953’te Fransa’da sosyal pediatri ve beslenme alanında çalışmalar yapmış olan Tuğrul Özgür ile evlenmiştir.

Resim 2. Sabiha Özgür



Bu dönemde Türkiye’de bir askeri darbeye Menderes – Bayar diktası yıkılmış ve işçi sınıfına ve emekçilere örgütlenme hakkı tanıyan bir Anayasa kabul edilmiştir. Anayasa’nın 49. Maddesi sağlığı bir hak olarak tanımlamakta ve yurttaşlarının sağlığından devleti sorumlu tutmaktadır⁵. 1961 yılında

224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun⁶ kabul edilerek, sağlık hizmetleri sosyalleştirilmiş ve Türkiye’de toplumcu tıbbın önü açılmıştır.

Türkiye’de sağlık hizmetleri 1963 yılından itibaren ülkenin doğusundan başlanarak sosyalleştirilmiştir. Bu kapsamda 1964 yılından başlayarak çeşitli bölgelerde Eğitim Araştırma Bölgeleri (EAB) kurulmuştur. 1968 yılında da İzmir Torbalı, Selçuk’ta bir EAB kurulmuş ve Bölge’de hizmetin yürütülmesi için EÜTF ile bir protokol yapılmıştır.

Sabiha Özgür ve Tuğrul Özgür çifti Torbalı – Tepeköy Sosyalleştirme Pilot Bölgesi’nin çalışmalarının sorumluluğunun E.Ü. Tıp Fakültesi Pediatri Kliniği’ne verilmesini sağlamışlardır. Bu yıllarda Cumhuriyet Gazetesi, Prof Dr. Sabiha Özgür’ün, eşi Doç. Dr. Tuğrul Özgür’le birlikte Torbalı köylerinde bebek ölümlerini incelediğini ve bu dönemde çok yüksek seyereden bebek ölüm hızının en önemli nedenlerinden birinin “bakımsızlık” (yoksulluk nedeniyle bebeklere gerekli bakımın sağlanamaması) olduğunu tesbit ettiklerini haber yapmıştır.

Toplumcu tıbbın temelleri 1850’lere kadar gerilere gitmekte ve F. Engels ve R. Virchow’un çalışmalarına dayanmaktadır. Yeryüzünde sağlık hizmetlerini toplumcu tıp ilkelerine göre örgütleyen ilk ülke Sovyetler Birliği olmuştur. 1917’de sermayeyi iktidardan uzaklaştıran işçi sınıf ve emekçiler özellikle bebek ve çocuk sağlığına büyük önem vermişler, bu alanda büyük atılımlar gerçekleştirmişlerdir. Sovyetler Birliği’nde bu dönemde işyerlerinde ve mahallelerde açılan kreşler ve anaokulları, aynı zamanda birer sağlık kurumu olup, ileride sosyal pediatri olarak gelişen disiplinin öngördüğü bütün hizmetler, bu kurumlarda ve okul sağlığı hizmetlerinde sunulmaktadır.

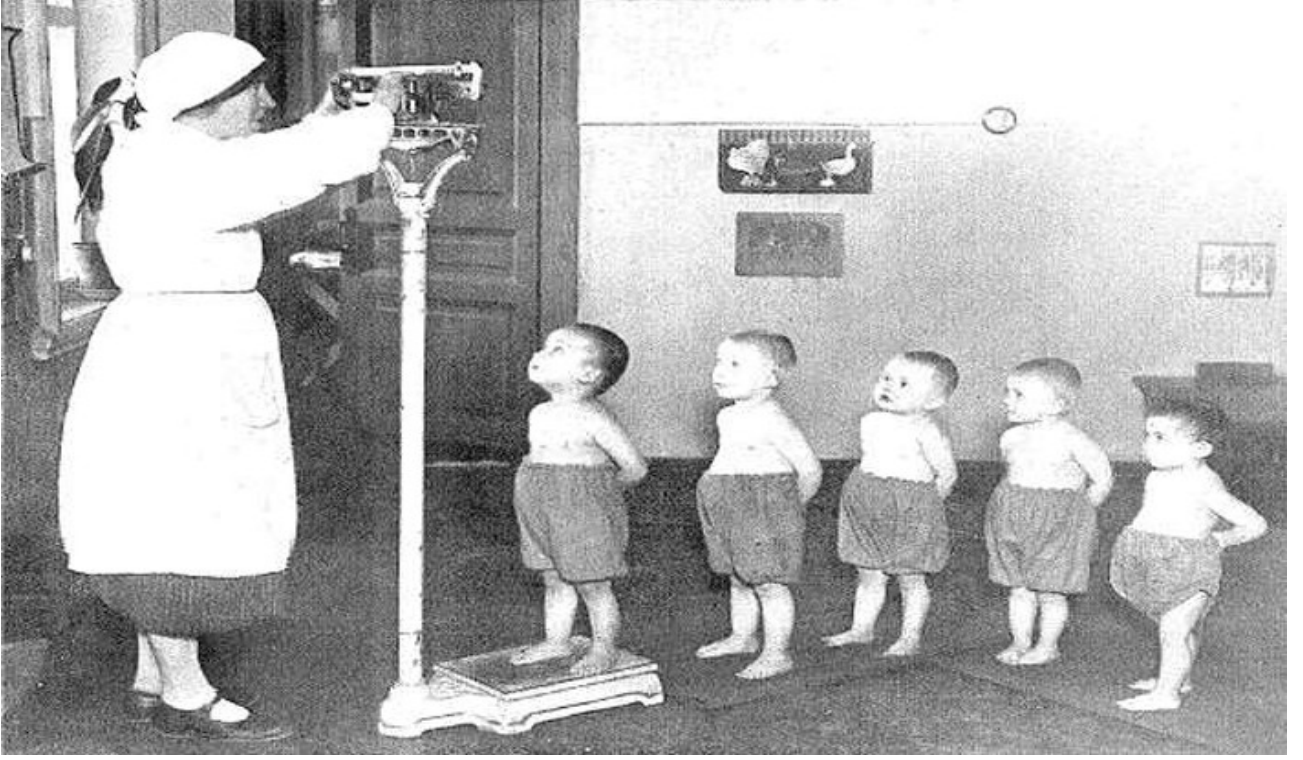
Emperyalistler arası İkinci Savaş döneminde Sovyetler Birliği’ni daha yakından tanıma şansı bulan Avrupa, Sovyetler’deki bebek ve çocuk sağlığı hizmetlerini benimseyerek, sosyal pediatri adı altında örgütlemeye başlamıştır. Türkiye sosyal pediatri ile 1960’larda sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve Sabiha Özgür ve Tuğrul Özgür’ün bu alandaki özgün çalışmalarıyla tanışmıştır.

Tıp eğitiminde sosyal pediatri, ilk olarak Sabiha Özgür tarafından EÜTF müfredatına konmuştur⁷. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları dersi üçüncü sınıfa alınmış ve daha sonra yine pediatri Türkiye’de ilk

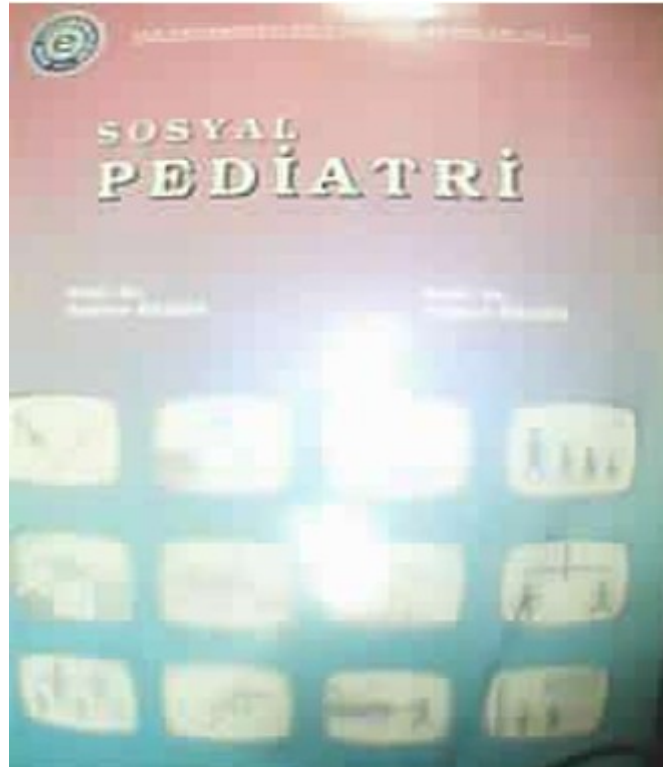
TOPLUMCU TIP SEMİNERLERİ

kez EÜTF’de “büyük stajlar” arasına alınmıştır. 1969 yılında Sabiha ve Tuğrul Özgür, ülkemizde yayınlanan ilk Sosyal Pediatri kitabını kaleme almışlardır⁸.

Resim 3. Sovyetler Birliği’nde 1930’lu yılların başında bir kreş.



Resim 4. Türkiye’de yayınlanmış ilk Sosyal Pediatri kitabı.



E. Ü. Tıp Fakültesi Pediatri Kliniği birçok toplumcu tıp uygulamasına öncülük etmiştir. Bunlar arasında en önemli olanlardan biri, klinikte Türkiye’deki ilk laboratuvar tipi *Mama Mutfağı*’nın kurulmasıdır. Asistanların her bebek için mama kartı ve rasyonlar yazdıkları bu mutfaklar, ileride Ana-Çocuk Sağlığı Merkezleri ve Sağlık Ocakları bünyesinde kurulacak mutfakların öncüsüdür. Sebze çorbaları, muhallebi ve özel diyetlerin hazırlandığı mutfaklarda beslenme yetersizliği olan bebeklere yağsız sütle başlanıp, kalorisi kademeli olarak arttırılarak yapılan tedaviler uygulanmaktadır. Mutfaklarda hazırlanan mamaların ailelerin ekonomik koşullarına uygun olmasına ve bölgesel diyetlerin kullanılmasına özen gösterilmektedir. İshalli bebekler için maliyeti bedavaya yakın tedavi seçenekleri sunulan mutfaklar toplum tarafından kısa sürede benimsenmiştir. Parası olmayan hiçbir hastanın geri çevrilmediği, tedavi masraflarının karşılanması için toplumsal dayanışmanın bütün örneklerinin sergilendiği klinikte, yoksul hastalar gerektiğinde eğitim vakası olarak tedavi edilmektedir.

Toplum Sağlığı Enstitüsü

Enstitü, kuruluşu 1975 yılında gerçekleşmesine karşın, ancak 1978 sonlarında faaliyete geçebilmiştir. Bunun nedeni her şeyden önce siyasaldır. Türkiye’de işçi sınıfı mücadelesinin doruklarına ulaştığı bu yıllarda, başta üniversiteler olmak üzere aydınlar emeğin sermayeye karşı yürüttüğü kavgada emekten yana tutum almışlar ve bu mücadeleye kendi alanlarından katkı koymaya başlamışlardı. Toplum Sağlığı Enstitüsü’nün kurulmasında dönemin Dekanı olan M. Yavuz Aksu’nun⁹ (1924 - 1999) büyük katkısı vardır.

1977 1 Mayıs’ında gerçekleştirilen katliama karşın Türkiye solu, katliamdan 1 ay kadar sonra¹⁰ yapılan seçimlerde Cumhuriyet Halk Partisi’nde birleşmiş ve seçmenlerin yüzde 41’i bu partiye oy vermiştir. Ancak Bülent Ecevit’in kurduğu 40. Hükümetin ömrü, milletvekili sayısı yeterli olmadığı için yalnız bir ay sürmüştü, fakat daha sonra 5 Ocak 1978’de yeterli sayıya ulaşarak 42. Hükümeti kurabilmiştir.

42. Hükümetin Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na (SSYB) Mete Tan getirilmiştir. Yıllardır sağcı hükümetlerin sekteye uğrattığı sosyalleştirmeyi diriltmek amacıyla 29 Haziran 1978 tarihinde kamuoyunda “Tam Gün Yasası” olarak bilinen ve sağlık personelinin ekonomik ve özlük haklarında çok büyük iyileştirmeler sağlayan bir yasa kabul edilmiştir.

TOPLUMCU TIP SEMİNERLERİ

EÜTF/TSE, bu tarihsel ve toplumsal koşullarda, bölgede çalışan Sağlık Ocağı hekimleri asistan olarak alınarak, 1978 yılı sonlarında faaliyete başlayabilmiştir. Uzun süre kadro sorunlarıyla boğuşan Enstitünün akademik kadroları dışında, müdür yardımcısı kadrosuna Boğaziçi Üniversitesi'nden yeni mezun bir sosyolog olan Mustafa Koç, iki eczacı, iki çocuk gelişimi uzmanı, laboratuvar teknisyenleri, hizmetli, sekreter ve şoför alınabilmiştir.

Başından itibaren toplumcu tıp ilkelerine göre örgütlenen Enstitü'de, sağlığı tıbbi müdahalelere indirgeyen ve sağlığı değil hastalıkları esas alan bir biyomedikal yaklaşım yerine, sağlığı önceleyen ve hastalıkların kaynağı olan çalışma ve yaşam koşullarını iyileştirmeyi esas alan toplumcu bir yaklaşım benimsenmiştir. Bu anlayış Enstitü'nün kurumsal yapısına da yansımış ve Enstitü'de örneğin Köy ve Köylü Sağlığı Bölümü açılarak¹¹ bu alana özgü sorunlarla ilgilenilmiştir

Şanda Çalı Enstitü bünyesindeki bölümlerden bazılarını şöyle sıralamaktadır:

- Aile Sağlığı
 - Adolesan
 - Sosyal pediatri
 - Okul sağlığı
 - Geriatri
 - Sosyal obstetrik ve jinekoloji
 - Ana sağlığı
 - Aile Planlaması
- Eğitim – öğretim
- İş sağlığı
 - İş sağlığı
 - İş ve işyeri güvenliği
 - İş güvencesi

- Köy ve köylü sağlığı
- Kooperatifleşme
- İmece
- Hayvan cinsinin ıslahı
- Arıcılık
- Erozyonu önleme
- Aşı (insan, hayvan, bitki)

1980 yılında, SSYB Sosyalleştirme Daire Başkanı Doğan Benli'nin yardımıyla Bornova Eğitim ve Araştırma Grup Başkanlığı Enstitü'ye bağlanmıştır. Bornova henüz sosyalleştirmeye alınmadığından bölgede Sağlık Ocakları açılmamıştır. Olanaklar ölçüsünde bölgeden daireler kiralanarak ilk Sağlık Ocakları kurulmaya başlamıştır. Bu döneme kadar sosyalleştirme daha çok kırsal alanlara yönelik bir uygulama olarak görülürken, EÜTF/TSE, bütün zorluklarına karşın kentsel bir alanda da Sağlık Ocağı hizmetlerinin başarıyla yürütülebileceğini göstermiştir.

Bornova ilçesinde kurulan Sağlık Ocakları'nda 224 sayılı yasa ve 154 sayılı yönergede belirlenen bütün hizmetler sunulmaya çalışılmıştır.

Enstitü çalışmalarını henüz yoluna koymuşken, bu kez önce 11 Ocak 1979'da Ecevit hükümeti devrilmiş, ardından 24 Ocak Kararları olarak tarihe geçen ve Türkiye'nin geleceğini ipotek altına alan kararlar alınmış ve bu kararları yaşama geçirebilmek için 12 Eylül 1980'de faşist bir askeri darbe gerçekleştirilmiştir.

12 Eylül faşist askeri darbesi sonrasında EÜTF'nde 100'den fazla asistan ve 40'tan fazla öğretim üyesinin işine son verilmiştir. SSYB¹² ile yapılan protokol iptal edilmiş, fakülte Bornova Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nden çekilmiş, 1981 yılında çıkartılan 2547 sayılı yasa ile kurulan Yüksek Öğretim Kurulu, standartlaşma bahanesiyle Enstitü'yü kapatmış, arşivini yakmış, kütüphanesini ve kadrolarını dağıtmıştır.

Sonsöz

EÜTF/TSE’nde yaşanan toplumcu tıp deneyiminin ortaya çıkartılması bakımından Halk Sağlığında Gündem (HASGÜN) dergisinin başlatmış olduğu girişim çok değerlidir. Bu deneyimin günümüzü daha iyi aydınlatabilmesi için daha da zenginleştirilmesi, dönemin tanıklarının deneyimlerini ayrıntılı olarak paylaşımları ve genç kuşaklara aktarmaları büyük önem taşımaktadır. Toplumcu Tıp Seminerleri olarak önümüzdeki aylarda EÜTF/TSE deneyimini genç öğrenci ve asistan arkadaşlarımıza aktarabilecek misafirleri fakültemizde ağırlamak umuduyla...

Ali Osman Karababa'nın sunduğu Enstitü Çalışanları Listesi:

Müdürler:

Tuğrul Özgür
Yürük İyriboz

Uzmanlar:

Şanda Çalı (Halk Sağlığı)
Meltem Ağzıtemiz (Halk Sağlığı)
M.Ali Biliker (Halk Sağlığı)
Ahmet Dilsiz (Halk Sağlığı)
Seyhan Gülmen (Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları)
Dolunay Çift Demir (Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları)
Göker Çift Demir (Genel Cerrahi)
Hüsamettin Ayar (Halk Sağlığı-Kadın Hastalıkları ve Doğum)
Hüseyin Saklamaz (İç Hastalıkları)
Üstün Çeliker (İç hastalıkları)

Asistanlar:

Ali Osman Karababa
Şakir Ay
Erdal Beşer
İsmail Sancak
İsmail Hakkı Timur
Lütfiye Emiral
Zeliha Tosun
Nesrin Kocabıyık
Gülçin Başdemir
Feride Aksu
Ender Arkun
Ayşe Tekeli
Zehra Zeybek
Ethem Erol

Diğer çalışanlar:

Faruk Erisev (Diş Hekimi)

Neşe Boztok (Eczacı)

Asuman Boyacıgiller (Eczacı)

Nesrin Kusin (Gıda Mühendisi)

Zehra Çalışkan (Sosyal Hizmet Uzmanı)

Sevcihan Özkoç (Çocuk Gelişim Uzmanı)

Şule

Kenan Mortan (Ekonomist)

Gülsün Aydemir (Yüksek Hemşire)

Dilek Çakır (Yüksek Hemşire)

Fatma Karabacak (Yüksek Hemşire)

Mustafa Koç (Sosyolog)

Günay Bağdiken (Sekreter)

Şaziye Şeftalici (Sekreter)

Üzeyir Şimşek

Zafer Sayın

Abbas Sözeri

NOTLAR

1. 16 – 20 Eylül 1981 tarihlerinde Çeşme – Ilıca’da yapılmıştır.
2. Türkiye’de ilk pediatri kürsüsü İstanbul Tıp Fakültesi ve Ankara Tıp Fakültesi’nde Çocuk Hastalıkları ve Bakımı adı altında kurulmuştur. Sabiha Özgür bu ismin hasta çocukların tedavisini öne çıkarttığı, oysa asıl olanın Eckstein’in her zaman asistanlarına söylediği gibi çocukların sağlıklarını korumak olduğu düşüncesiyle kurduğu kürsünün ismini Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları olarak koyar. Daha sonra bu isim diğer fakülteler tarafından da benimsenmiş ve yaygınlaşmıştır.
3. Bu görevi emekli olduğu 1989 tarihine dek kesintisiz sürdürmüştür.
4. Fakülte 26 Haziran 1945’te ve pediatri kliniği 14 Temmuz 1945’te Ankara Numune Hastanesi’nden çocuk yataklarının bir kısmı alınarak açılmıştır.
5. 1961 Anayasa’sı 12 Eylül faşist askeri darbesiyle kaldırılmış ve yerine geçirilen 1982 Anayasası’nda devlet sağlık alanındaki yükümlülüklerinden arındırılmıştır.
6. Sosyalleştirme, yalnızca 1960’ların ortalarında birkaç yıl (Türkiye İşçi Partisi’nin Meclis’te yasanın hükümlerinin yerine getirilmesi için yürüttüğü mücadeleyle) ve 1970’lerin sonlarında Ecevit hükümeti döneminde uygulanmıştır. Bu dönemler dışında ise sağcı hükümetler tarafından rafa kaldırılmış ve yasaya aykırı birçok düzenlemeye gidilmiştir.
7. Daha sonra 1990 yılı Mayıs’ında EÜTF’de Sosyal Pediatri Bilim Dalı’nı da Sabiha Özgür kurmuştur.
8. Kitabın ikinci baskısı 1994 yılında yapılmıştır.
9. Yavuz Aksu 12 Eylül faşist askeri darbesinden sonra 1981 Ekim’inde 1402 sayılı yasa ile üniversiteden uzaklaştırılan bilim insanları arasındadır. Daha sonra 5 Mart 1984 tarihinde kaleme alınan Aydınlar Dilekçesi’ne imza attığı için yargılananlar arasında yer almıştır.

10. 5 Haziran 1977

11. 1970’li yıllarda Türkiye hala ağırlıklı olarak bir tarım toplumudur ve 1975 yılında nüfusunun yüzde 58.2’si kırsal alanlarda yaşamaktadır.

12. 12 Eylül faşist askeri darbesinden sonra önce Anayasa’da devletin sağlığa ilişkin yükümlülükleri budanmış, daha sonra 1989 yılında SSYB, sosyal yardım işlevlerinden arındırılmış ve ismi Sağlık Bakanlığı olarak değiştirilmiştir.

KAYNAKLAR

Ağzitemiz, M. (2012). Ege Toplum Sağlığı Enstitüsü'nde. Halk Sağlığında Gündem. Cilt: 2, Sayı: 6 - 7. <http://bulten.hasuder.org.tr/index.php/hg/article/view/213/396>

Akalın, MA. (2010). Toplumcu Tıp: Sovyetler Birliği Deneyimi. İstanbul: Yazılama Yayınevi.

Akalın, MA. (2011). Sosyalleştirmenin Kökenleri. http://istanbul.academia.edu/MehmetAkifAkal%C4%B1n/Teaching/21791/Sosyallestirmenin_Kokenleri_The_Roots_of_Socialized_Medicine

Akar, N. (2003). Anadolu'da bir Çocuk Doktoru. Ord .Prof. Dr. Albert Eckstein. Genişletilmiş 2. Baskı. Ankara: Pelikan Yayınları.

Akar, N. (2004). Albert Eckstein: a pioneer in paediatrics in Turkey. Turkish Journal of Paediatrics, 46: 295 – 297.

Akar, N. (2008). Bozkır Çocuklarına Bir Umut: Dr. Albert Eckstein. İstanbul: Gürer Yayınları.

Aksakoğlu G. (2012). Toplum Sağlığı. Halk Sağlığında Gündem Cilt:2, Sayı:1. <http://bulten.hasuder.org.tr/index.php/hg/article/view/37/126>

Andıç, F ve Reisman, A. (2007). Migration and transfer of knowledge: Refugees from nazism and Turkish legal reform. Forum historiae iuris. http://www.forhistiur.de/zitat/0707andic_reisman.htm

Coşkun, L. (2012). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Sağlığı Enstitüsü (1978 – 1983): Bizim Trajik Öykümüzden Belleğimizde Kalanlar. Halk Sağlığında Gündem. Cilt: 2, Sayı: 6 - 7. <http://bulten.hasuder.org.tr/index.php/hg/article/view/219/393>

Çalı, Ş. (2012). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Sağlığı Enstitüsü'nün Aşırı Acıklı Hikayesi. Halk Sağlığında Gündem. Cilt:2, Sayı: 6-7. <http://bulten.hasuder.org.tr/index.php/hg/article/view/212/395>

Erisev, F. (2012). Bir Diş Hekimi'nin Anılarından Ege Toplum Sağlığı Enstitüsü. Halk Sağlığında Gündem. Cilt: 2, Sayı: 6 - 7. <http://bulten.hasuder.org.tr/index.php/hg/article/view/222/404>

Karababa, AO. (2012). Ege Toplum Sağlığı. Halk Sağlığında Gündem. Cilt: 2, Sayı: 6 - 7. <http://bulten.hasuder.org.tr/index.php/hg/article/view/211/392>

Karababa, AO. (2012). Bir Toplum Sağlığı Asistanının Öyküsü. Halk Sağlığında Gündem. Cilt: 2, Sayı: 6 - 7. <http://bulten.hasuder.org.tr/index.php/hg/article/view/210/394>

Kılıç, B ve Aksakoğlu, G. (2006). Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgeleri (1964 – 2005). Toplum Hekimliği Bülteni, 25(3): 7 – 14.

Namal, A. (2003). Ord. Prof. Dr. Philipp Schwartz'ın (1894 – 1977) İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Patoloji Eğitime Katkıları. Türk Patoloji Dergisi, 19 (1 – 2): 1 – 6.

Sigerist, HE. (1937). Socialized Medicine in the Soviet Union. London: Victor Gollancz Ltd. Sosyal Pediatri Derneği. Sabiha Özgür. <http://www.sosyalpediatri.org.tr/sabihaozgur.pdf>

Üstün, Ç. (2010). Bir Üniversitenin Kuruluşu ve Ord. Prof. Dr. M. Muhittin (Muhiddin) Erel. Nobel Medicus, 6(2): 113 – 116.

SOVYETLER BİRLİĞİ'NDE İŞÇİ SAĞLIĞI

1975 yılında bir grup Amerikalı işçi sağlığı uzmanı ve emekçisi ile birlikte Sovyetler Birliği'ni ziyaret eden halk sağlığı Andrea M. Hricko, Sovyet yetkililerle yaptığı görüşmelerden ve yayınlardan derlediği bilgileri, 19 Kasım 1975 tarihinde Amerikan Halk Sağlığı Birliği Kongresi'nde, Sosyalist Ülkelerde İşçi Sağlığı Oturumu'nda "Sovyetler Birliği'nde İşçi Sağlığı" başlığı ile sunmuştur. Bir kadın bilim insanı olarak SSCB'de kadınların durumuna vurgular dikkat çekicidir.

Önleyici Hekimlik

Hricko'ya göre Sovyet işçi sağlığı sisteminin en çarpıcı iki özelliği, önleyici tıbbı ve işçi sağlığı ve güvenliği konularında sendikaların içten katılımına vurgudur. Sovyetler Birliği'nde sağlık bakımı bütün insanlar için temel bir haktır. Sağlığa vurgu, Sovyet 5-Yıllık Planları'nın kilit unsurları olan üretkenlik ve ekonomik kalkınmayla uyum içindedir.

Sovyet sisteminin sağlığa vurgusu kendisini, Sovyetler Birliği'nde hekim sayısının ABD'dekinin iki katı olması¹, kadın hekim sayısının ABD'dekinin altı katı olması ve hasta yatağı sayısının ABD'dekinden 3 kat fazla olmasıyla göstermektedir. Çok sayıda Sovyet hekim önleyici tıp ve çevre sağlığı alanında görevlidir.

Sovyetler Birliği'nde işçi sağlığı hizmetleri devlet, sanayi kuruluşları ve sendikalar tarafından bütüncül olarak yürütülmektedir. Bütün büyük kuruluşların polikliniği olup, bazılarının hastaneleri vardır. Daha küçük kuruluşlarda sağlık istasyonları bulunmaktadır. Hricko Leningrad'da, optik donanım üreten altı atölyenin emekçilerine hizmet eden bir 350 yataklı olan ve 100 hekimin görev yaptığı hastaneyi ziyaret etmiştir. Başhekim hastanenin asıl işlevinin, hizmet sundukları 20 bin emekçinin hastalanmalarını önlemek olduğunu belirtmiştir. Yani bu hastane, sermayenin egemen olduğu ülkelerde olduğu gibi emekçilerin hastalandıklarında başvurdukları bir hastane değil,

emekçilere hasta değillerken yıllık sağlık muayeneleri yapan bir “hastane”dir. Ayrıca belli tıbbi sorunları olan veya belli tehlikeli maddelere maruz kalan emekçilere sıkı bir tıbbi gözetim uygulanmaktadır.

İşlikler hekimler tarafından tehlikeler bakımından teftiş edilmektedir. Ayrıca her ay atölyelerden hava örnekleri alınmakta, standartlara uyulmadığı tespit edildiği takdirde tehlikenin kontrolü için Sanepid (sanitasyon-epidemioloji) istasyonları² çağrılmaktadır. Sanepid istasyonlar tarafından uygulanan işçi sağlığı standartları, çeşitli araştırma ve sanayi hijyeni enstitülerinin araştırmalarına dayanmaktadır. Moskova’daki Tıp Bilimler Enstitüsü’ne bağlı Sanayi Hijyeni ve Meslek Hastalıkları Enstitüsü, 275 bilim insanının görev aldığı ana araştırma kurumudur. Bu kurum tarafından tespit edilen standartlar, Sendikalar Konseyi’nin onayı ile Makul Azami Konsantrasyon’lar (MAK)³ olarak belirlenmektedir.

Sovyet standartları, ABD’de kullanılan standartlardan genelde daha katıdır. Bunun nedeni Sovyet toksikologların, ABD’de standartlar belirlenirken sıklıkla ihmal edilen davranışsal, nörotoksik ve mutajen etkileri hesaba katmalarıdır. Ayrıca SSCB’de çevre ve işçi sağlığı standartları genelde mevcut teknoloji ve ekonomik fizibilite dikkate alınmaksızın, yalnızca sağlık etkileri temelinde belirlenmektedir. Bu durum ABD’deki standart belirleme politikalarıyla taban tabana zıttır⁴.

Moskova dışında gezdikleri bir halı fabrikasında yönetim, fabrikalarında esas işçi sağlığı sorununun gürültü olduğunu ifade etmiştir. Kontrol için çeşitli teknikler (duvara ve tavana emici tuğlalar döşenmesi gibi) kullanılarak gürültü azaltılmaktadır. Tura katılan üyelerden biri fabrikada gürültü düzeyinin alt 80 dBA’lerde olduğunu ölçümle doğrulamıştır.

Fabrikalarda hamile kadınlar için özgün istihdam politikaları bulunmaktadır. Kadın işçinin hamileliği tespit edilir edilmez, fabrikanın toksik maddelere maruz kalmayacağı daha güvenli bölümlerine nakli yapılmaktadır. Dahası doğumdan sonra bir yıl ücretsiz izin alabilmekte, daha sonra eski işine kıdem ve emeklilik haklarında bir kayıp olmadan dönebilmektedir. ABD’de kadınların çoğu doğmamış bebekleri için iş güvencelerini riske atmak zorunda kalmaktadırlar.

Sovyetler Birliği'nde kadınların belli işlerde (örneğin kömür ocakları, metal döküm işleri) ve belli kimyasal maddelerle (örneğin kurşun, benzen, krom, nikel, zifir) çalışmaları yasaktır. Erkekler emekçiler de, erkek gonadlara etkili olduğu bulunan kloropren, etilen oksit ve dimetil dioksit gibi kimyasalların kullanıldığı işlerde çalıştırılmamaktadır.

Sendikaların Rolü

Sendikalar bütün işçi sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi ve kontrolünde ve çalışma yasalarının uygulanmasında, bünyelerinde barındırdıkları 5.500 müfettişle önemli bir rol oynamaktadır. Devletin de ayrıca 20 bin sağlık ve güvenlik müfettişi bulunmaktadır. Sendika teknik müfettişlerinin tehlikeli çalışma koşullarının iyileştirilmesini isteme yetkisi vardır. Tehlike ortadan kaldırılmazsa işyerini kapatabilirler. İhlallerin devamı halinde yöneticiler cezalandırılabilir veya işten çıkartılabilir.

İşyerlerinde işyerinin büyüklüğüne göre 7 – 17 üyeden oluşan emek koruma komiteleri vardır. Bu yerel komiteler işyerindeki makine koruyucularını, havalandırmayı, iş-günü ihlallerini vs. denetleyen (ABD'deki işyeri sendika temsilcisinininkine benzer işlevleri olan) bir müfettiş seçerler.

Devletin işçi sağlığı ve güvenliği araştırma enstitüleri yanında Sendikalar Konseyi tarafından yönetilen, her biri farklı bir sanayi veya sağlık sorununa odaklanmış altı emek koruma enstitüsü vardır. Amerikalı grubun Leningrad'da ziyaret ettiği bu enstitülerden birinde 10 laboratuvar ve 300 çalışan bulunmaktadır. Laboratuvarlardan bir kısmı akustik, klima, sanayi psikolojisi ve ışıklandırmayla ilgilidir. Solunum sistemleri laboratuvarı yeni koruyucu araçları denemekte, gürültü laboratuvarında pnömatik matkapların gürültü düzeyini azaltacak yöntemler geliştirilmektedir. Sendikalara emek korunmasında rehberlik eden Sendikalar Konseyi, hükumete enstitülerinin araştırmalarından edinilen bilgilere dayalı yeni sağlık ve güvenlik düzenlemeleri için öneriler sunmaktadır.

SSCB'deki 25 sendikanın hepsinin Emek Koruma Bölümü vardır. Bölüm'ün işlevlerinden biri emekçileri işçi sağlığı ve güvenliği alanında eğitmektir. Örneğin 7.8 milyon üyesi bulunan Eğitim ve Bilim Emekçileri Sendikası'nın Emek Koruma Bölümü, yeni emekçiler işe başlamadan önce bunlara eğitim verir ve her yıl 189 bin teknik müfettişi işyerlerini teftiş edebilmeleri için eğitir.

Sendikalar emekçilerin tazminat anlaşmazlıklarında da rol alırlar. Engelli işçiler, devletin sosyal sigorta fonundan emekli maaşı alırlar. Teknik müfettiş kazanın yönetimin kusurundan kaynaklandığına karar verirse, işçi tazminat talep edebilir. Son karar iş mahkemelerinde verilir.

Sonuç

Sovyet işçi sağlığı sistemi, ülkenin sağlık bakımı sistemiyle tamamen bütünleşmiştir. Devletin, sanayinin ve sendikaların rolleri birbirlerine yakından bağlıdır. Sendikaların işçi sağlığı ve güvenliği konularında karar mekanizmaları üzerindeki etkisi ABD'dekinden önemli ölçüde daha büyüktür. Toksikolojik araştırmaların, toksik maddelerin davranışsal ve üreme üzerine etkileri üzerine çalışmalar gibi belli yönleri ABD'dekiler göre daha ileri görünmektedir. Sovyetler Birliği'nin belirlediği çevre standartları ABD'dekilere göre çok daha katıdır.

Sonuç olarak, işyerlerinde gözlem grubumuzun Sovyetler Birliği'nde işçi sağlığına, işten daha fazla vurgu yapıldığına inanmamıza yol açmıştır. ABD'de durum bunun tam tersidir, fakat geçen birkaç yıldır bu değişmeye başlamıştır. İki haftalık gezimizde Sovyet toplumunda emekçilerin sağlık ve refahına büyük vurgu yapıldığını açıkça gördük.

NOTLAR

1. Makalenin yayınlandığı dönemde SSCB nüfusu ABD nüfusundan % 18 kadar daha fazladır.
2. Sanepid istasyonları Sovyet çevre sağlığı sisteminin bel kemiğidir. 1975 yılında Sovyetler Birliği'nde 5.500 kadar Sanepid istasyonu görev yapmaktadır. Bu istasyonlar hakkında daha detaylı bilgi için bkz: Akalın MA (2010). Toplumcu Tıp: Sovyetler Birliği Deneyimi. İstanbul: Yazılama.
3. Makul Azami Konsantrasyon (MAK), atmosfer kirleticilerin günde 8 saat maruz kalmak suretiyle emekçilerin sağlıklarına zararlı etkisi olmadığı kabul edilen en yüksek konsantrasyonudur.
4. Yazar, gezileri sırasında yalnızca birkaç fabrikayı ziyaret edebildiklerinden, Sovyet standartlarının uygulandığı izlem aygıtlarının kalitesi ve varlığını ilk elden gözleyemediklerini belirtmektedir.
5. Müfettişler maaşlarını sendikalardan almaktadır.

KAYNAK: <http://cdn.calisphere.org/data/28722/28/bk0003t0628/files/bk0003t0628-FID1.pdf>

Bu kitap, İstanbul
Üniversitesi İstanbul Tıp
Fakültesi Tıp Eğitimi
Anabilim Dalı tarafından
2011 – 2012 öğretim yılında
düzenlenen “Toplumcu Tıp
Seminerleri” notlarından
oluşmaktadır. Katılımın
“gönüllü” olduğu seminerler,
Kış Bahçesi’nde ve fakülte
amfilerinde, tıp fakültesi
öğrencilerinin ve
akademisyenlerin katılımıyla
gerçekleştirilmiştir.

